मध्यप्रदेश के 9 जिलों में मां और बच्चों के लिए उपलब्ध

स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति की पड़ताल

मध्यप्रदेश लोक संघर्ष साझा मंच

शीर्षक	:	**मध्यप्रदेश के 9 जिलो में मां और बच्चों के लिये उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति की पड़ताल।**
अध्ययनकर्ता	:	मध्यप्रदेश लोक संघर्ष साझा मंच
रिपोर्ट लेखन	:	विश्वम्भरनाथ त्रिपाठी
संपादन	:	राजेश भदौरिया, जावेद अनीस
तथ्य संकलन	:	रीवा से सियादुलारी, रामनरेश, छोटेलाल, रानी, मातादयाल, सतना से आनंद, प्रतीक, दमोह से गोविंद यादव, मंडला से आनंद टांडिया, डिंडोरी से विनोद पटेरिया, ग्वालियर से प्रदीप जुलू, श्योपुर से उमा चतुर्वेदी, इंदौर से राकेश चंदोरे, धार से आमोद खन्ना, भोपाल से उपासना बेहार, रेखा श्रीधर, विभा मिश्रा, मुकेश वैष्णव
वर्ष / प्रतियां	:	2013 / 500
सहयोग	:	क्राई (चाईल्ड राईटस एंड यू)
प्रकाशक	:	मध्य प्रदेश लोक संघर्ष साझा मंच ई–7 / 6 एस.बी.आई. कालोनी, अरेरा कालोनी, भोपाल म.प्र. पिन–462016 फोन–0755–4277228 ईमेल –
ब्लाग	:	http//
मुद्रण एवं डिजाईन	:	एमएस

मध्यप्रदेश के 9 जिलों में मां और बच्चों के लिए उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति की पड़ताल

विषय-सूची

भूमिका

स्वास्थ्य देखभाल लोगों की मूलभूत जरूरत है। मां और बच्चे जब स्वस्थ होते हैं और जीवन में मिलने वाले अवसरों का लाभ उठाने में सक्षम होते हैं तो देश आगे बढ़ता है। जाहिर है कि माताओं और बच्चों को स्वस्थ और सशक्त बनाने से ज्यादा बड़ा असरदार विकास का हथियार और कोई नहीं है। कोई और नीति आर्थिक उत्पादकता बढ़ाने या बाल और मातृ मृत्यु दर कम करने में इतनी सक्षम नहीं है। अतः जरूरी है कि हर उम्र और वर्ग की माताओं के साथ ही बच्चों के स्वास्थ्य की देखभाल ज्यादा पुख्ता और व्यवस्थित हो। यह स्वास्थ्य देखभाल सभी समुदाय व वर्ग के लिए मुफ्त में उपलब्ध होनी चाहिए।

जब महिलाओं को समाज में समान अवसर उपलब्ध नहीं होते तो बच्चे तकलीफ में होते हैं। मध्यप्रदेश में मां और बच्चों की स्वास्थ्य जरूरतों को पूरा करना और मौतों को रोकना बड़ी चुनौती है। अनेकों प्रयासों के बावजूद प्रदेश में लाखों बच्चों एवं माताओं को सेहत से जुड़ी सुविधाओं व सेवाओं से वंचित होना पड़ रहा है। प्रदेश में मातृ एवं शिशु मृत्यु की दर देश के अन्य कई राज्यों की तुलना में अधिक है। पर्याप्त पोषण, गंदगी के वातावरण में सुधार, जन्म पूर्व सावधानी, कुशल स्वास्थ्य कर्मियों की सेवाएं, नवजात बच्चों एवं मां की देखभाल की समुचित व्यवस्था को मजबूत बनाकर स्थिति में सुधार किया जा सकता है। अनेक अध्ययनों ने पुष्टि की है कि मां और बच्चों को समय पर जरूरी मातृत्व एवं मूलभूत स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया कराकर शिशु एवं मातृ मृत्यु को 80 प्रतिशत तक कम किया जा सकता है।

प्रस्तुत अध्ययन में मध्यप्रदेश में स्वास्थ्य सेवाओं के अवसरों, उपलब्धता एवं उनकी गुणवत्ता को माताओं एवं बच्चों के संदर्भ में समझने का प्रयास किया गया है। साथ ही यह भी समझने का प्रयास किया गया है कि माताओं एवं बच्चों के स्वास्थ्य हकों को दिलाने में सरकार की क्या भूमिका दिखायी दे रही है। स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता एवं गुणवत्ता को सुनिश्चित करने के लिए लोगों की भूमिका कितनी मजबूत बन पा रही है। मध्य प्रदेश लोक संघर्ष साझा मंच बच्चों के जीवन, सुरक्षा, स्वास्थ्य अधिकारों के लिए प्रयासरत है अतः प्रस्तुत अध्ययन की आवश्यकता महसूस की गयी एवं मंच द्वारा इस अध्ययन की योजना बनायी गयी।

1

हम सभी को अपनी सेहत की बेहद फिक्र होती है। अनेकों प्रयासों एवं सावधानियों के बावजूद हमें विभिन्न कारणों से बीमारियों का सामना जीवन में करना पड़ता है। हमें अपने स्वास्थ्य को ठीक करने के लिए इलाज की जरूरत पड़ती है। हमारी बीमारियां कुछ साधारण घरेलू उपचार से ठीक हो सकती हैं। लेकिन कभी कभी हमें अस्पताल या स्वास्थ्य केन्द्र से चिकित्सा करानी पड़ती है। देश के सभी नागरिकों को स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराना सरकार की जिम्मेदारी है। इस वचनबद्धता को पूरा करने के लिए सरकार ने जिला, विकासखंड, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और उपस्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर विभिन्न स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए ढांचा खड़ा किया है।

स्वास्थ्य सेवाओं के पूरे ढांचे का उद्देश्य है कि देश के सामान्य नागरिकों को जरूरी स्वास्थ्य सेवाएं निःशुल्क या नाममात्र के शुल्क से प्राप्त हों। हमारे देश में स्वास्थ्य तंत्र दो तरह से काम कर रहा है – मुख्य स्वास्थ्य समस्याओं के लिए निदान या उपचार उपलब्ध कराना एवं स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं सुरक्षा देने वाली सेवाओं के लिए योजना बनाना। जनस्वास्थ्य प्रणाली में मानव शक्ति को शामिल किया गया है, जैसे – डाक्टर, नर्स, तकनीकी विशेषज्ञ और प्रशासकीय कर्मचारी। इसके अतिरिक्त स्वास्थ्य विभाग द्वारा दवाइयां और अन्य उपकरण जैसे एम्बुलेंस, एक्सरे मशीनें, प्रयोगशाला उपकरण आदि भी उपलब्ध कराए जाते हैं। इस सभी के लिए सरकार द्वारा भवन निर्माण, कर्मचारियों की नियुक्तियां, दवाइयां उपलब्ध करवाना और अन्य उपकरणों के लिए बड़े स्तर पर खर्चा किया जाता है।

स्वास्थ्य सेवाओं एवं उस पर होने वाले खर्चे की सफलता का सबसे बड़ा मानक यह है कि हम कितनी जिंदगियों को बचा पाते हैं और कितनी जिंदगियों में सुधार ला पाते हैं। इन मानकों को ध्यान में रखते हुए मध्यप्रदेश में मां और बच्चों की सेहत की स्थिति पर नजर डालें तो तस्वीर धुंधली दिखायी देती है। एएचएस 2010 के अनुसार प्रदेश में मातृ मृत्यु दर प्रति लाख 310 एवं एसआरएस के अनुसार शिशु मृत्यु दर प्रति हजार 59 है। 5 साल से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर प्रति हजार 62 है। उपरोक्त स्वास्थ्य सूचक मध्यप्रदेश की स्थिति को दर्शाते हैं। इनमें क्षेत्र, जाति, लिंग, वर्ग, धर्म आदि के आधार पर काफी अंतर है। स्पष्ट है कि मध्यप्रदेश में मां और बच्चों की सेहत बेहद गंभीर है जो कि प्रदेश के विकास पर हमेशा सवालिया निशान खड़े करती है।

मध्यप्रदेश में मां और बच्चों की उपरोक्त गंभीर स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार लाने के लिए स्वास्थ्य सेवाओं का एक ढांचा खड़ा किया गया है। इस ढांचे के जरिये प्रदेश में मां और बच्चों की प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए जरूरी उपाय किये जाते हैं। पर स्वास्थ्य सेवाओं के इस ढांचे की स्थिति भी प्रदेश में चिंताजनक दिखायी देती है। स्वास्थ्यकर्मियों की कमी, आधारभूत संरचनाओं, दवाओं आदि की कमी हमेशा स्वास्थ्य सेवाओं को मजबूत और व्यापक बनाने में बाधा खड़ी करती रही है।

स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति को समझने के लिए राष्ट्रीय एवं प्रादेशिक स्तर पर अनेकों अध्ययन किये गये हैं। पर इन अध्ययनों में स्वास्थ्य सेवाओं के स्तर एवं उनकी स्थिति को समझने पर ज्यादा जोर रहा है। प्रदेश के विभिन्न भागों में क्षेत्रीय अंतरों को रेखांकित करने वाले अध्ययनों की कमी रही है। प्रस्तुत अध्ययन में क्षेत्रीय अंतरों खासकर आदिवासी इलाकों की स्थिति को समझने का प्रयास किया गया है। इस अध्ययन के मुख्य उद्देश्य निम्नलिखित हैं –

उद्देश्य

- माताओं एवं बच्चों के लिए शासकीय स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता एवं गुणवत्ता की स्थिति को समझना
- उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं तक माताओं एवं बच्चों की पहुंच एवं उपयोगिता का स्तर जानना।
- स्वास्थ्य सेवाओं में समुदाय की भागीदारी के स्तर को समझना।

2 अध्ययन विधि

प्रस्तुत अध्ययन में जानकारी जमा करने हेतु अलग अलग तरीकों का उपयोग किया गया। यह अध्ययन मात्रात्मक एवं गुणात्मक तथ्यों पर आधारित है। इन आंकड़ों को जमा करने के लिए निम्न तरीकों का उपयोग किया गया –

सेम्पलिंग का तरीका

प्रस्तुत अध्ययन सोद्देश्य किया गया है अतः अध्ययन के लिए 9 जिले एवं हर जिले में 1 ब्लाक का चयन सोद्देश्य किया गया है। इन जिलों से एक ब्लाक के अंतर्गत 5 गांवों का चयन किया गया एवं इन ब्लाकों से 5 गांव का चयन भी सोद्देश्य किया गया। गांवों के चयन में निम्न तथ्यों का ध्यान रखा गया –

1. **जनसंख्या के आधार पर**

- गांव जहां 100 या उससे कम परिवार रहते हैं
- गांव जहां 100 से 200 के बीच परिवार रहते हैं
- गांव जहां 200 से अधिक परिवार रहते हैं

2. **समुदाय के आधार पर**

इन 5 गांवों में मिश्रित जनसंख्या वाले गांव चुने गये जहां अजा, अजजा वर्ग के लोग रहते हैं।

3. **दूरी के आधार पर**

- गांव रोड पर स्थित
- गांव रोड के पास स्थित
- गांव रोड से दूर स्थित

परिवारों का चयन

1. रोगग्रस्तता एवं स्वास्थ्य सेवाओं से संबंधित जानकारी के लिए 100 से कम परिवार वाले गांवों में 20 प्रतिशत, 100 से 200 तक परिवार वाले गांव में 10 प्रतिशत एवं 200 से अधिक परिवार वाले गांव में 5 प्रतिशत परिवारों का चयन क्रमिक रेंडम विधि से किया गया।
2. जननी सुरक्षा से संबंधित जानकारी के लिए उन परिवारों का चयन किया गया जहां पिछले एक साल में कोई डिलीवरी हुई हो।
3. अध्ययनित सभी गांवों को स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने वाले उप स्वास्थ्य केन्द्रों का चयन किया गया।

साक्षात्कार

अध्ययन के दौरान चुने हुए जिलों के 37 गांवों एवं 10 नगरीय बस्तियों के 5 से 20 प्रतिशत परिवारों का इनडेप्थ इंटरव्यू किया गया। इस प्रकार कुल 9 जिलों के 632 परिवारों का इंटरव्यू कर जानकारी प्राप्त की गई जननी सुरक्षा से संबंधित जानकारी

एकत्र करने के लिए उन परिवारों का इंटरव्यू किया गया जहां पिछले एक साल में बच्चे का जन्म हुआ हो। इंटरव्यू के जरिये इन परिवारों में माताओं एवं बच्चों के स्वास्थ्य एवं उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति को समझने का प्रयास किया गया। इसके साथ ही स्वास्थ्य सेवाओं तक समुदाय की पहुंच एवं इन्हें प्राप्त करने में आ रही चुनौतियों को भी समझने का प्रयास किया गया। गांव एवं शहरी स्तर पर उपस्वास्थ्य केन्द्र /डिस्पेंसरी के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए एएनएम से भी इंटरव्यू किया गया।

अध्ययन क्षेत्र में शामिल गांव एवं शहरी बस्ती

क्र.	क्षेत्र	जिला	ब्लाक	गांव/ नगरीय बस्ती
1	मालवा	धार	गंधवानी	चिकली, छोटिखेड़ी, गरबल, मोहनपुरा, सातऊमरी
2		इंदौर	इंदौर	फोकटपुरा, गोयाबस्ती, नट कालोनी, प्यारा नगर, व्यास नगर विनय नगर
3	चंबल	श्योपुर	कराहल	बकौरी, बंदरहार, भोटूपुरा, परोद, उंचीखोरी
4		ग्वालियर	ग्वालियर	माधवनगर, संजयनगर, एबी रोड, रानीपुरा, गोरनपुरा
5	बुंदेलखंड	दमोह	तेंदूखेड़ा	बगदरी, बेलढाना, दुकरसता, खामखेड़ा, पांजी
6	बघेलखंड	रीवा	त्योंथर, जवा	घुसरून –2, फुलदावर–2, घटेहा, गोधनसिंह, गोंदखुर्द, तिकातनपुरवा
			जवा	टिकैतनपुरवा, कुठला, देवरी, सांगी, ठकरा कोटवा
7		सतना	मझगंवा	चितहरा, कानपुर, किरहाई पोखरी, सेलहा
8	महाकौश	मंडला	मवई	खिखसाडांड, लालपुर, मालापुरी
9		डिंडौरी	करंजिया	गोपालपुर, मझगांव, सोनतीरथ, तरूवाटोला

केस स्टडी

अध्ययनित गांवों/शहरी बस्तियों में कुछ ऐसे प्रकरणों को समझने का प्रयास किया गया जिनसे स्वास्थ्य सेवाओं से जुड़ी सीखों को समझा सके। इसके लिए कुछ केस अध्ययन भी तैयार किए गए। जिससे मध्यप्रदेश के विभिन्न क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की स्थिति को समझने में मदद मिलती है। साथ ही कुछ तरीकों को भी समझा गया जिनसे स्वास्थ्य सेवाओं से जुड़ी चुनौतियों को सुलझाने का प्रयास किया गया है।

द्वितीयक आंकड़ों का विश्लेषण

प्रस्तुत अध्ययन के तहत ज़िले व गांव स्तर की मुख्य जानकारी खासतौर पर जनसांख्यिकीय आंकड़े, स्वास्थ्य सेवाओं से संबंधित सूचनाओं को एकत्र किया गया और उनका विश्लेषण किया गया है। इससे जिलों की स्थानीय विशेषताओं को समझने में मदद मिली है। इसके अतिरिक्त मां एवं बच्चों से संबंधित किए गए अन्य अध्ययन रिपोर्टों को भी विश्लेषण में शामिल किया गया है।

अध्ययन की सीमाएं

प्रस्तुत अध्ययन उद्देश्यात्मक सैम्पिलिंग के आधार पर किया गया है। इसमें मध्य प्रदेश लोक संघर्ष साझा मंच की सहयोगी संस्थाएं/संगठन एवं व्यक्तियों के कार्यक्षेत्र के गांव/शहरी बस्तियों को शामिल किया गया है।

अतः अध्ययन के लिए मध्य प्रदेश के 9 जिले ही शामिल हो पाए हैं। हर जिले में 1 ब्लाक का चयन सोद्देश्य किया गया है। इन जिलों से एक ब्लाक के एवं हर ब्लाक से 5 गांव का चयन भी सोद्देश्य किया गया।

3 मध्यप्रदेश में मां एवं बच्चों की सेहत का स्तर

मध्यप्रदेश में मां एवं बच्चों का खुशहाल जीवन, स्वस्थ और सुरक्षित जीवन कइयों के लिए अभी दूर की बात है। हर परिवार एवं समुदाय, समाज और राष्ट्र में यह कामना की जाती है कि उनके बच्चे स्वस्थ हों। तेजी से विकसित हो रही तकनीकी दक्षता के युग में बच्चों का जीवन सुरक्षित करना संभव है। इस सबके बावजूद शिशु मृत्यु दर के मामले में प्रदेश आज भी देश में सबसे आगे है। मातृ मृत्यु के मामलें में भी प्रदेश सबसे पिछड़े राज्यों की श्रेणी में है। मातृत्व स्वास्थ्य गर्भवती महिलाओं और माताओं के सुरक्षित रहने से कहीं ज्यादा जरूरी है। गर्भधारण और बच्चे के जन्म से संबंधित कारणों की वजह से मौत और विकलांगता के खतरे मातृत्व स्वास्थ्य के लिए एक बड़ी चुनौती है और पिछले दशकों में कई अन्तर्निहित कारणों के परिणामस्वरूप इसमें बृद्वि हुई है। कुपोषण के मामले भी प्रदेश में अन्य राज्यों की तुलना में अधिक हैं। महिलाओं में खून की कमी है।

ताजा आंकड़ों के अनुसार 2011 में 858 महिलायें गर्भावस्था और शिशु जन्म संबंधी कारणों से मौत का शिकार हो गयीं और हर रोज गर्भावस्था और शिशु जन्म से संबंधित कारणों से महिलायें मौत का शिकार हो रही हैं। प्रदेश में विकास और चिकित्सा के क्षेत्र में हुई प्रगति के बावजूद हम मानव वंश को निरंतर बढ़ाने वाली महिलाओं को नहीं बचा पा रहे हैं। एक और बात यह भी है कि महिलाओं में खून की कमी मां के स्वास्थ्य के खतरे को बढ़ा देती है, एनीमिया का ज्यादा प्रकोप हेमरेज की हालत में मृत्यु के खतरे को बढ़ा देता है। प्रदेश में मलेरिया का फैलाव भी मां और बच्चों के लिए एक दूसरी खतरनाक बीमारी है। उन इलाकों में जहां मलेरिया का प्रकोप अधिक होता है एक चौथाई माताओं में खून की कमी पायी जाती है जिससे मृत बच्चे के जन्म और गर्भपात की संभावना बढ़ जाती है। इसी तरह मलेरिया की वजह से बच्चे का वजन भी कम हो जाता है।

प्रदेश में स्वास्थ्य सूचक पिछले कुछ सालों में बदलाव का संकेत देते हैं, बावजूद इसके अभी स्थिति बहुत अच्छी नहीं कही जा सकती। हर साल गर्भावस्था से जुड़े कारणों से प्रदेश में हजारों महिलाओं एवं बच्चों की मौतें होती हैं। यह सब परिस्थितियां महिलाओं और बच्चों के जीवन भर खराब परिस्थितियों और स्वास्थ्य की समस्याओं से जूझते रहने का परिणाम है। मातृ एवं शिशु तथा बाल अवस्था में बच्चों की मौतों को रोकने की प्राथमिकता पूरे स्वास्थ्य तंत्र की है। पर यह एक कठिन कार्य है, मातृ मौतों की गणना और निगरानी करना बड़ी चुनौती है।

तालिका क्रमांक 1 मध्यप्रदेश में स्वास्थ्य का स्तर

क्र.	स्वास्थ्य सूचक	मध्यप्रदेश		भारत
		एनएफएचएस 3	वर्तमान स्थिति	
1	मातृ मृत्यु दर	335	310 एएचएस 2011	212
2	गर्भवती महिलाओं में एनीमिया (%)	59	–	59
3	शिशु मृत्यु दर	72	67 एएचएस 2011	44 एसआरएस
4	बाल मृत्यु दर	75	89 एएचएस 2011	62
5	कुपोषित बच्चों का प्रतिशत	62	60	
6	कुल प्रजनन दर	3.2 SRS 2010		2.5
7	लिंगानुपात	930 – 2011		940
8	साक्षरता दर	70.63 – 2011		74.04
9	पुरूष साक्षरता दर	80.53 – 2011		82.14
10	महिला साक्षरता दर	60.02 – 2011		65.46
11	कुल जनसंख्या	7.26 करोड़		121.01

उपरोक्त तालिका से स्पष्ट है कि मां और बच्चों के स्वास्थ्य को दर्शाने वाले सभी स्वास्थ्य सूचक प्रदेश की खराब हालत को बयां कर रहे हैं। पिछले 5 सालों में मातृ मृत्यु में 25 प्रति लाख कमी दर्ज की गयी है पर प्रति लाख 310 माताओं की मौत प्रदेश में महिलाओं की स्थिति को बेहद कमजोर बता रही है। साथ ही गर्भवती महिलाओं में आधी से अधिक यानी 58.8 प्रतिशत महिलाओं में एनीमिया या खून की कमी पाया जाना इस बात को और पुख्ता करता है कि माताओं का भविष्य अभी बहुत मुश्किल और चुनौतीपूर्ण है। साथ ही गर्भवती महिलाओं में 2 प्रतिशत में गंभीर रूप से एनीमिया या खून की कमी देखी गयी है जबकि 33.1 प्रतिशत में मध्यम रूप से खून की कमी है।

यद्यपि शिशु मृत्यु दर में कमी आयी है और यह 2011 में 67 दर्ज की गयी है यानि अभी प्रति हजार 67 शिशुओं की मौतें बच्चों पर निरंतर छाये खतरों की तरफ इशारा करती है। साथ ही 5 साल तक की उम्र वाले बच्चों में भी मौतों का प्रति हजार 89 होना भी बच्चों के जीवन की गंभीर स्थिति का परिचायक है। साथ ही प्रदेश में 60 प्रतिशत बच्चे कुपोषित हैं। यह तस्वीर बच्चों के स्वास्थ्य की पूरी कहानी को बताने में सक्षम है। साफ है कि बच्चों मे मृत्यु का जोखिम बहुत अधिक है। चिंता का विषय यह भी है कि शिशु और बाल मृत्यु दर में तेजी से गिरावट नहीं हो रही है। शिशु मृत्यु दर राष्ट्रीय एवं कई अन्य पिछड़े राज्यों की तुलना में अधिक है और यह स्थिति पिछले 3 से 4 दशकों से बनी हुई है।

यह तस्वीर पूरे प्रदेश की स्थिति को बताती है। इसमें प्रदेश के अलग अलग भागों में स्थिति में अंतर है। आदिवासी क्षेत्रों में जहां स्थिति ज्यादा गंभीर है वही कुछ इलाकों में गंभीरता का स्तर अपेक्षाकृत कम है। साथ ही समुदाय, वर्ग और जेंडर के अनुसार भी इसमें काफी अंतर है।

महिलाओं का स्वास्थ्य केवल आंकड़ों से ही नहीं जान सकते बल्कि सामाजिक व्यवस्था में महिलाओं को गरीबी, संपत्ति में हिस्सेदारी और उसके उपयोग का अवसर, अशिक्षा, कामकाजी महिलाओं के काम की जगह हिंसा, घरलू हिंसा, बेरोजगारी ओर कम मजदूरी आदि रूपों में भी दिखायी देता है।

लाख कोशिशों के बाद भी 348 अस्पताल डॉक्टर विहीन

स्वास्थ्य पर भारी डॉक्टरों की कमी

ग्रामीण क्षेत्रों में नहीं करा रहे नियुक्ति

दो सैकड़ा डॉक्टर हुए इधर से उधर,

राज न्यूज नेटवर्क

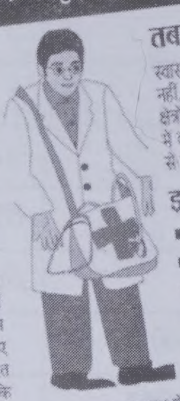
ग्वालियर। प्रदेश में बाल एवं मातृ शिशु दर पर लगाम लगाने के लिए कई योजनाएं चलाई जा रही हैं। लेकिन इसके बाद भी परिणाम सोच के मुताबिक नहीं है। इसका सबसे बड़ा कारण ग्रामीण अंचलों के अस्पतालों में डॉक्टरों की कमी है। लाख कोशिशों के बाद भी प्रदेश में 348 चिकित्सा संस्थान डॉक्टर विहीन हैं। जनवरी से अप्रैल माह तक दो सैकड़ा से अधिक डॉक्टरों के तबादले किए गए, लेकिन इसके बावजूद इन अस्पतालों में किसी डॉक्टर की नियुक्ति नहीं की गई।

दरअसल स्वास्थ्य को लेकर शासन की नीति समझ से परे हैं। न तो वरिष्ठ अधिकारी तमाम योजनाओं के परिणामों को लेकर चिंतित हैं और न ही इस दिशा में कोई कदम उठाया जा रहा है। डॉक्टरों की कमी को दूर करने के लिए शासन द्वारा सरकारी मेडिकल कॉलेज में अध्ययनरत एमबीबीएस छात्रों के पास आउट होने के बाद एक वर्ष के लिए ग्रामीण क्षेत्रों में नियुक्त किया जा रहा है। लेकिन इसके बाद भी समस्या जस की तस है। वरिष्ठ अधिकारी एवं राजनेता सिर्फ निजी हित साधने में लगे हैं और इसके चलते स्वास्थ्य योजनाएं दम तोड़ रही हैं। प्रदेश के 348 डॉक्टर विहीन संस्थान नर्स एवं कम्पाउंडरों के भरोसे हैं। यही वजह है कि वित्तीय वर्ष 2012 के अप्रैल एवं मई माह में साढ़े तीन हजार से अधिक नवजात शिशुओं की मृत्यु हुई थी। यह तो सरकारी आंकड़े हैं, हकीकत इससे भी भयानक है।

तबादलों के बाद भी पद रिक्त...

स्वास्थ्य विभाग में डॉक्टरों की नियुक्ति एवं तबादले आवश्यकता के अनुसार नहीं, बल्कि पहुंच एवं पैसे केवल पर किए जाते हैं। इसके अलावा ग्रामीण क्षेत्रों के चिकित्सालय संसाधन विहीन हैं। पिछले पांच वर्षों में इन अस्पतालों में कोई सुविधा उपलब्ध नहीं कराई गई है, जिसके चलते डॉक्टर गांव जाने से कतराते हैं।

इसलिए नहीं भर रहे पद..

- ग्रामीण क्षेत्रों में सड़क, बिजली, पानी की कमी
- बुनियादी सुविधाएं एवं चिकित्सा संसाधनों का अभाव
- अन्य राज्यों की अपेक्षा कम वेतन
- उप स्वास्थ्य केन्द्रों में व्यवस्थाओं का कमी
- विभाग में जिम्मेदारी अधिकारियों का टोटा
- लापरवाही करने वाले अधिकारियों के खिलाफ कार्रवाई का अभाव
- योजनाओं का लाभ लेने के लिए मरीजों का जिला अस्पताल तक सीमित रहना।

इनका कहना है

प्रदेश में डॉक्टरों के रिक्त पद भरने के लिए कई बार विज्ञप्तियां प्रकाशित की जा चुकी है। वॉक इन इंटरव्यू भी हो रहे हैं। डॉक्टरों के पद भरे हैं, लेकिन सोच के मुताबिक परिणाम सामने नहीं आ रहे। हमारा प्रयास है कि जल्द से जल्द डॉक्टरों के पद भरकर डॉक्टर विहीन संस्थानों में नियुक्ति की जाए।

महेन्द्र सिंह हार्डिया, स्वास्थ्य, राज्य मंत्री, मप्र

डॉक्टर विहीन संभाग

गुना-	7
अशोक नगर-	5
दतिया-	0
मुरैना-	5
ग्वालियर-	3
शिवपुरी-	4
भिण्ड-	4
श्योपुर-	4

डॉक्टर विहीन जिले

खरगौन-	26
बालाघाट-	16
सीधी-	15
छिंदवाड़ा-	14
सिंगरौली-	13
मंडला-	12
रीवा-	10
बैतूल-	9
बड़वानी-	9
विदिशा-	8

4 मध्यप्रदेश में मां एवं बच्चों के लिए स्वास्थ्य सेवाओं का ढांचा

मध्यप्रदेश में मां एवं बच्चों की सेहत की देखभाल एवं स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार लाने हेतु गांव से लेकर प्रदेश स्तर तक स्वास्थ्य सेवाओं का ढांचा बनाया गया है। यह ढांचा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का हिस्सा है। यह प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की सुविधा ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली का आधार है और प्रदेश में यह ढांचागत संरचना जीवन की गुणवत्ता को बेहतर करने और मां और बच्चों के लिए जरूरी तंत्र है। राज्य स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की नीति एवं योजना बनाने तथा उसकी समीक्षा एवं नजर रखने के लिए एक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय है। मंत्रालय स्तर पर एक कैबिनेट एवं एक राज्य स्वास्थ्य मंत्री के अलावा प्रमुख सचिव, सचिव, संयुक्त सचिव, उपसचिव स्तर के अधिकारी कार्यरत हैं। साथ ही स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता बढ़ाने एवं सेहत के स्तर में सुधार लाने हेतु राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत टारगेट (लक्ष्य) आधारित प्रयास किये जा रहे हैं।

4.1 ग्राम आरोग्य केन्द्र

गांव स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं को मुहैया कराने के लिए आंगनवाड़ी सह ग्राम आरोग्य केन्द्र की स्थापना पूरे प्रदेश में की गयी है। इस केन्द्र में गांव के स्वास्थ्य से संबंधित समस्त रिकार्ड, योजनाओं का विवरण रखा जायेगा। गांव में स्वास्थ्य से जुड़ी सभी गतिविधियां इसी केन्द्र पर संचालित होगी। यहां बेसिक दवाओं के साथ ही जरूरी उपकरण भी रखे जायेंगे। आशा कार्यकर्ता इस केन्द्र की देखरेख करेगी और यहां कुछ समय उपस्थित भी रहेंगी। इस केन्द्र के जरिये न केवल स्वास्थ्य योजनाओं की जानकारी दी जा सकेगी बल्कि समुदाय आधारित स्वास्थ्य सेवाओं की निगरानी भी हो सकेगी। स्वास्थ्य कार्यक्रमों और योजनाओं को लागू करने में जनभागीदारी और पारदर्शिता भी बढ़ेगी।

4.2 उपस्वास्थ्य केन्द्र (एसएचसी)

उपकेन्द्र समुदाय और स्वास्थ्य देखभाल डिलीवरी तंत्र के बीच सबसे पहली जगह है। एक उपकेन्द्र पर एक महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता और एक पुरूष स्वास्थ्य कार्यकर्ता (बहुउद्देश्यीय कार्यकर्ता) होते हैं। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर 6 उपकेन्द्रों की निगरानी के लिए एक महिला स्वास्थ्य विजिटर होती है। परिवार कल्याण विभाग अप्रैल 2002 से देश के इन सभी केन्द्रों को 100 प्रतिशत केन्द्रीय सहायता उपलब्ध करा रहा है।

उपस्वास्थ्य केन्द्र मां एवं बच्चों के स्वास्थ्य देखभाल की सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की पहली सीढ़ी है। यहां भारतीय स्वास्थ्य मानक के अनुरूप सेवायें उपलब्ध करायी जाती हैं। इस केन्द्र के जरिये सभी गर्भवती महिलाओं का शीघ्र पंजीकरण कराया जाता है। प्रसव के पहले चार जांचे सुनिश्चित की जाती हैं। इन जांचों में पेट, रक्तचाप, खून, पेशाब, वजन, स्तन आदि जांच प्रमुख है। खून की कमी से बचने के लिए आयरन गोली दी जाती है। टीटी इंजेक्शन दिया जाता है एवं अधिक जोखिम वाली महिलाओं की पहचान करके शीघ्र इलाज के लिए रेफर किया जाता है। संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने व घर पर भी प्रसव के लिए कुशल दाई की व्यवस्था की जाती है। प्रसव के बाद भी देखभाल के लिए गृह भेंट करके मां नवजात शिशु को स्तनपान कराने, भोजन एवं आराम, स्वच्छता आदि के बारे में सलाह दी जाती है। शिशु की देखभाल के साथ टीकाकरण एवं विटामिन ए की खुराक, संक्रमण एवं बीमरियों की रोकथाम, कुपोषण से बचाव के लिए आवश्यक कदम उठाये जाते हैं। प्राथमिक उपचार के साथ परिवार नियोजन एवं सुरक्षित गर्भपात के लिए सलाह भी दी जाती है। दाई आशा और आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का प्रशिक्षण किया जाता है और जन्म एवं मृत्यु पंजीयन का रिकार्ड भी रखा जाता है। हर उपस्वास्थ्य केन्द्र को स्वास्थ्य देखभाल के लिए रू 10000 एवं उपकेन्द्र के रखरखाव के लिए रू 10000 दिये जाते हैं। प्रस्तुत अध्ययन में हमने उपस्वास्थ्य केन्द्रों की जमीनी स्थिति को समझने का प्रयास किया है जिसका विवरण हम आगे के अध्याय में करेंगे।

4.3 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी)

गांव समुदाय और चिकित्सा अधिकारी के बीच प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र प्रथम संपर्क बिंदु है। यहां भारतीय स्वास्थ्य मानक के अनुरूप संदर्भ सेवायें उपलब्ध करायी जाती हैं। यह स्वास्थ्य संस्था एक चिकित्साधिकारी एवं 14 अन्य कर्मचारियों से संचालित होती है। यह 6 उपकेन्द्रों की रेफरल इकाई के रूप में काम करता है और 4–6 बिस्तर मरीजों के लिए उपलब्ध होते हैं। यह रोगनाशक, रोग निदान, प्रोत्साहन और परिवार कल्याण सेवाएं देता है। ये राज्य सरकार द्वारा स्थापित किये जाते हैं और उनका रखरखाव भी राज्य सरकार करती है।

4.4 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी)

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र राज्य सरकार द्वारा स्थापित किये जाते हैं और वही इसका रखरखाव करती है। यहां 4 विशेषज्ञ होते हैं – सर्जन (शल्य चिकित्सक), फिजिशियन, स्त्री रोग विशेषज्ञ एवं शिशु रोग विशेषज्ञ, जिन्हें 21 पेरामेडिकल और अन्य कर्मचारी सहयोग करते हैं। एक सीएचसी में 30 बिस्तरों की व्यवस्था होती है, इसके साथ आप्रेशन इकाई, एक्सरे सुविधा एवं प्रसूति गृह एवं प्रयोगशाला सुविधा होती है। यह 4 पीएचसी के लिए रेफरल केन्द्र की तरह सेवा प्रदान करता है।

4.5 जिला एवं सिविल अस्पताल

जिला एवं उपजिला स्तर पर भी अस्पताल हैं। जिला चिकित्सा एवं मुख्य चिकित्सा अधिकारी जिले में चलने वाली सभी परिवार कल्याण और स्वास्थ्य कार्यक्रमों के प्रभारी होते हैं। केन्द्र, राज्य स्तर पर जो नीतियां बनायी जाती हैं और लागू की जाती हैं, उनके अनुरूप कार्यकमों को कियान्वित करने की जिम्मेदारी इनकी होती है।

कुछ विशेष तालुका स्तर के अस्पताल उपलब्ध होते हैं। तालुका स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं सहायक जिला स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण कार्यालय से चलायी जाती हैं। यहां पर स्वास्थ्य चिकित्सा अधिकारी, महिला चिकित्सा अधिकारी और सामान्य अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी सहायता करते हैं। ये अस्पताल प्रायः सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में परिवर्तित कर दिये जाते है।

4.6 स्वास्थ्य संस्थाओं का कवरेज

सभी स्वास्थ्य सेवाएं पर्याप्त ढांचागत संरचना पर निर्भर करती हैं। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं देश के ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं के नेटवर्क द्वारा उपलब्ध करायी जाती हैं। हालांकि यह संरचना बड़ी प्रभावशाली नजर आती है पर इसकी पहुंच, मानव शक्ति की उपलब्धता और गुणवत्तापूर्ण सेवाओं के संबंध में सवाल हैं। इसका उपयोग, स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं उपलब्ध कराने के तंत्र में एक मुख्य मुद्दा है। सुविधाओं की संख्या पर्याप्त नहीं है, जब हम वर्तमान जनसंख्या के बारे में सोचते

तालिका कमांक 2 मध्यप्रदेश में स्वास्थ्य संस्थाओं की स्थिति

स्तर	जरूरत	वर्तमान में (संख्या)	कमी	प्रति केन्द्र जनसंख्या का दबाव
उप स्वास्थ्य केन्द्र	12314	8869	3445	5924
पीएचसी	1977	1156	821	45248
सीएचसी	494	333	161	214786
सिविल अस्पताल	–	56	–	–
जिला अस्पताल	50	50	–	1451960
चलित चिकित्सा ईकाई	–	91	–	–

हैं। प्रदेश की सारी जनसंख्या को शामिल करने के लिए नये केन्द्रों को खोलने की जरूरत है। आदिवासी इलाकों, मैदानी क्षेत्रों एवं शहरी इलाकों सभी जगहों पर स्वास्थ्य संस्थाओं की कमी है। साथ ही अनेक संस्थायें ऐसी भी हैं जहां डाक्टर एवं पैरामेडिकल स्टाफ ही नहीं है। कई संस्थायें ऐसी हैं जहां पैरामेडिकल स्टाफ है पर चिकित्सक नहीं हैं। बिना डाक्टर के कोई संस्था अपने उद्देश्यों को प्राप्त करने में असफल रहती है, अन्य स्टाफ बिना डाक्टर के बेकाम के हो जाते हैं।

तालिका 2 से स्पष्ट है कि जरूरत के अनुसार स्वास्थ्य संस्थाओं की कमी है। जनसंख्या के अनुसार 3445 उपस्वास्थ्य केन्द्र प्रदेश में और होने चाहिए। इसी तरह 821 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं 161 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की कमी है। उपस्वास्थ्य केन्द्रों पर 5924 जनसंख्या का दबाव है जबकि पहाड़ी व आदिवासी क्षेत्रों में 3000 एवं मैदानी क्षेत्रों में 5000 की आबादी पर उपस्वास्थ्य केन्द्र होना चाहिए। स्वास्थ्य केन्द्रों पर जनसंख्या का अधिक दबाव सेवाओं की गुणवत्ता को प्रभावित करता है। प्रदेश में स्वास्थ्य कर्मियों की कमी झेल रहे स्वास्थ्य संस्थानों की सेवायें अधिक दबाव के कारण ज्यादा असक्रिय हो जाती हैं। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (पीएचसी) ओर सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर भी अतिरिक्त जनसंख्या का दबाव है। यही कारण है कि ग्रामीण इलाकों में स्थापित यह संस्थायें गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवायें उपलब्ध कराने में नाकाफी सिद्व हो रही है और लोगों का विश्वास इन पर नहीं हो पा रहा है।

तालिका क्रमांक 3 मध्यप्रदेश में चिकित्सकों एवं स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की स्थिति

चिकित्सा संस्था	चिकित्सक/विशेषज्ञ			स्त्री रोग विशेषज्ञ			बाल रोग विशेषज्ञ			नर्स/एएनएम/एमपीडब्ल्यू		
	स्वीकृत	पदस्थ	कमी	स्वीकृत	पदस्थ	कमी	स्वीकृत	पदस्थ	कमी	स्वीकृत	पदस्थ	कमी
जिला अस्पताल	162	89	73	165	74	91	247	126	121	3981	1573	2408
सिविल अस्पताल	47	14	33	9	0	9	40	14	26	597	291	306
सीएचसी	909	678	231	240	73	167	160	67	93	3133	2193	940
पीएचसी	1238	814	424	0	0	0	0	0	0	1871	1511	360
उपस्वास्थ्य केन्द्र	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12395	11782	613
कुल	2356	1593	763	423	191	231	447	207	240	21977	17350	4627

स्रोत – रूरल हेल्थ स्टेटिक्स रिपोर्ट 31 मार्च 2012 की स्थिति अनुसार

तालिका 3 से स्पष्ट है कि स्वास्थ्य संस्थाओं में चिकित्सकों, स्त्री रोग विशेषज्ञों एवं बाल रोग विशेषज्ञों की कमी है। यह कमी सभी स्तर की संस्थाओं में देखी जा सकती है। चिकित्सकों के अलावा अन्य पैरा मेडिकल कार्यकर्ताओं के भी पद रिक्त हैं। उपस्वास्थ्य केन्द्रों पर 613 पद एएनएम और एमपीडब्ल्यू के रिक्त हैं। इसी तरह पीएचसी में भी एएनएम एवं नर्स के 360 पद रिक्त हैं।

प्रदेश में चिकित्सकों की कमी की वजह से जनसंख्या का दबाव चिकित्सकों पर अधिक है। जनसंख्या और चिकित्सक अनुपात चरमरा गया है। वर्तमान में बड़े शहरों को छोड़कर जिलों में देखें तो 32980 जनसंख्या पर एक चिकित्सक है। इसी तरह 183165 महिलाओं पर एक स्त्री रोग विशेषज्ञ मध्यप्रदेश में हैं। 253806 की जनसंख्या पर एक बाल रोग विशेषज्ञ हैं।

उपरोक्त जानकारी उपस्वास्थ्य केन्द्र से जिला अस्पताल से संबंधित है जबकि प्रदेश की कुल स्थिति पर नजर डालें तो 1465 मेडिकल आफिसर्स, 3848, स्टाफ नर्स, 2447 एमपीडब्ल्यू एवं एएनएम के पद रिक्त हैं।

6.8 आशा कार्यकर्ता

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत गांव स्तर पर आशा कार्यकर्ता का चयन किया गया है। आशा कार्यकर्ता सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता हैं जिन्हें काम के आधार पर प्रोत्साहन राशि मिलती है। आशा कार्यकर्ता 200 से 2000 की आबादी पर एक एवं 2000 से अधिक आबादी होने पर प्रत्येक 1000 की आबादी पर एक अतिरिक्त आशा कार्यकर्ता का चयन किया जाता है। वर्तमान में मार्च 2012 की स्थिति के अनुसार प्रदेश में 52393 आशा कार्यरत हैं। इन आशा कार्यकर्ताओं की नियमित और व्यवस्थित प्रशिक्षण की व्यवस्था की गयी है। साथ ही आशा कार्यक्रम की देखरेख के लिए सहयोगी तंत्र भी बनाया गया है।

आशा के माध्यम से स्वास्थ्य सेवाओं को लोगों तक पहुंचाने का प्रयास किया जा रहा है। ब्लाक, जिला और राज्य स्तर पर एमजीसीए (मेन्टरिंग ग्रुप आफ कम्यूनिटी एक्शन) बनाया गया है जिसके जरिये आशा कार्यक्रम को मदद मिल रही है। आशा गांव स्तर पर सशक्त स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में अपनी पहचान कायम कर रही हैं। इस कार्यक्रम से प्रदेश में संस्थागत प्रसव बढ़े हैं एवं मातृ एवं शिशु मृत्यु कम हुई है।

6.9 उपस्वास्थ्य केन्द्र

मध्यप्रदेश में उपस्वास्थ्य केन्द्रों में ढांचागत सुविधाएं ठीक नहीं हैं। ग्रामीण इलाकों खासकर आदिवासी बहुल जनसंख्या वाले क्षेत्रों में उपस्वास्थ्य केन्द्रों की हालत मजबूत नहीं होने से बुनियादी स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए लोगों को परंपरागत गुनिया या अप्रशिक्षित डाक्टरों पर निर्भर होना पड़ता है।

तालिका क्र. 4 मध्यप्रदेश में उपस्वास्थ्य केन्द्रों की स्थिति

क्र	उपस्वास्थ्य केन्द्र की स्थिति	संख्या
1	कुल उपस्वास्थ्य केन्द्र	8869
2	बिना एएनएम के उपस्वास्थ्य केन्द्र	98
3	उपस्वास्थ्य केन्द्र जहां 1 एएनएम हैं	8771
4	उपस्वास्थ्य केन्द्र जहां 2 एएनएम हैं	2684
5	उपस्वास्थ्य केन्द्र जहां एएनएम के आवास हैं	6926
6	उपस्वास्थ्य केन्द्र जहां एएनएम निवास करती हैं	3739
7	उपस्वास्थ्य केन्द्र जहां एएनएम उपस्वास्थ्य केन्द्र गांव में रहती हैं	2278
8	उपस्वास्थ्य केन्द्र जहां हर मौसम में पहुंच मार्ग है	1665
9	उपस्वास्थ्य केन्द्र जहां पीने के पानी की सुविधा नहीं है	3210
10	उपस्वास्थ्य केन्द्र ज़हां बिजली की आपूर्ति नहीं है	2385

6.10 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी)

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जरूरत से ज्यादा डाक्टरों की संख्या स्वीकृत है। वर्तमान में लगभग 188 पीएचसी बिना डाक्टर के हैं, क्योंकि गलत आवंटन, राज्य सरकार की अनुपयुक्त स्थानांतरण नीति, राजनैतिक हस्तक्षेप, बुनियादी सुविधाओं का अभाव, ग्रामीण/मुश्किल क्षेत्रों में काम करने के लिए प्रोत्साहन की कमी है। पीएचसी स्तर पर डाक्टरों की उपलब्धता एवं सुविधा सुनिश्चित होना विशेषकर मुश्किल क्षेत्रों में एक बड़ी समस्या है। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के पास सभी पीएचसी को 24 घंटे कियान्वित करने के लिए योजना है। इसे देखते हुए हर पीएचसी पर 2 डाक्टरों की आवश्यकता है। इसके लिए 2312 डाक्टरों की जरूरत होगी। जबकि वर्तमान में पीएचसी पर 814 डाक्टर ही कार्यरत हैं। वर्तमान में मेडिकल कालेजों से सालाना निकलने वाले एमबीबीएस डाक्टर, मुख्य धारा में आने वाले आयुष चिकित्सक और उपयुक्त नियुक्तियों, पदग्रहण और तबादला नीतियों से जरूरत को पूरा किया जा सकता है।

तालिका क्र. 5 मध्यप्रदेश में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थिति

क्र.	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र की स्थिति	संख्या
1	कुल पीएचसी	1156
2	पीएचसी जहां 4 या अधिक डाक्टर हैं	2
3	पीएचसी जहां 3 डाक्टर हैं	20
4	पीएचसी जहां 2 डाक्टर हैं	131
5	पीएचसी जहां केवल एक डाक्टर है	815
6	पीएचसी जहां डाक्टर नहीं हैं	188
7	पीएचसी जहां एक महिला डाक्टर है	95
8	पीएचसी जहां लैब तकनीशियन नहीं है	506
9	पीएचसी जहां फार्माशिष्ट नहीं है	643
10	पीएचसी जहां नर्स मिडवाइफ/स्टाफ नर्स नहीं है	566
11	पीएचसी जहां एएनएम नहीं है	144
12	पीएचसी जहां लेबर रूम है	1126
13	पीएचसी जहां आपरेशन थियेटर है	कोई नहीं
14	पीएचसी जहां प्रयोगशाला है	367
15	पीएचसी जहां कम से कम 4 बेड है	779
16	पीएचसी जहां 10 या अधिक बेड है	17
17	पीएचसी जहां नवजात शिशु कार्नर है	798
18	पीएचसी जहां आयुष सुविधा है	247
19	पीएचसी जहां 24 घंटे स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध हैं	253
20	पीएचसी जहां 24 घंटे डिलीवरी सुविधा उपलब्ध है	253
21	पीएचसी जहां बिजली सुविधा नहीं है	कोई नहीं
22	पीएचसी जहां नियमित पानी की सुविधा नहीं है	210
23	पीएचसी जहां टेलीफोन नहीं है	367
24	पीएचसी जहां हर मौसम में मोटरसायकिल पहुंच मार्ग नहीं है	192
25	पीएचसी जहां डाक्टर आवास है	697
26	पीएचसी जहां डाक्टर पीएचसी आवास में रहते है	467
27	पीएचसी जहां संदर्भित सेवा के लिए वाहन उपलब्ध है	492
28	पीएचसी जहां कामन एलोपैथिक दवा है	1156
29	पीएचसी जहां कामन आयुष दवा है	247
30	पीएचसी जहां पंजीकृत रोगी कल्याण समिति/अस्पताल प्रबंधन समिति है	1137
31	पीएचसी जो आईपीएचएस नियम के अनुसार संचालित हैं	कोई नहीं

तालिका क्र. 6 मध्यप्रदेश में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थिति

सं	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में सुविधाएं	संख्या
1	कुल सीएचसी	333
2	सीएचसी जहां विशेषज्ञ डाक्टर (सर्जन, स्त्री एवं प्रसूति रोग, शिशु रोग, फिजिशियन) हैं	कोई नहीं
3	सीएचसी जहां प्रयोगशाला है	322
4	सीएचसी जहां आपरेशन थियेटर है	299
5	सीएचसी जहां लेबर रूम है	331
6	सीएचसी जहां नवजात शिशु के लिए स्टेवलाईजेशन ईकाई है	41
7	सीएचसी जहां नवजात शिशु कार्नर है	331
8	सीएचसी जहां 30 बेड है	331
9	सीएचसी जहां कार्यशील एक्सरे मशीन है	231
10	सीएचसी जहां विशेषज्ञ चिकित्सकों के लिए आवास है	194
11	सीएचसी जहां डाक्टर सीएचसी आवास में रहते हैं	117
12	सीएचसी जहां कामन एलोपैथिक दवाओं की आपूर्ति हो रही है	333
13	सीएचसी जहां आयुष दवायें है	157
14	सीएचसी जहां संदर्भित सेवा वाहन उपलब्ध है	333
15	सीएचसी जहां पंजीकृत रोगी कल्याण समिति/अस्पताल प्रबंधन समिति है	333
16	सीएचसी जो आईपीएचएस नियम के अनुसार संचालित है	कोई नहीं

6.11 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र

इन केन्द्रों पर विशेषज्ञों की अनुपलब्धता है। एनेथेटिस्ट की कमी, अनुपयुक्त मानव शक्ति, तबादला नीति, बहुत से राज्यों में विशेषज्ञ कैडर का नहीं होना, बुनियादी सुविधाओं की कमी, गुणवत्ता नियंत्रण, रेफरल नीति की कमी/सहयोग, प्रायवेट क्षेत्र का शामिल होना और पेशागत एसोसिएशन, संविदा नियुक्ति आदि मुद्दे है। आंतरिक सुविधाएं जो उपलब्ध करायी गयी हैं, जरूरत के हिसाब से उपयोग नहीं होती। वर्तमान में सीएचसी पर 167 ओएंडजी विशेषज्ञ, 177 सर्जन, 93 शिशु चिकित्सा विशेषज्ञ और 128 फिजिशियन की कमी है। यदि आकलन के हिसाब से नये केन्द्र स्थापित किये जायें तो यह जरूरतें और बढ़ेंगी। सीएचसी में एनेस्थेटिक की सेवाएं अभी उपलब्ध नहीं हैं जिससे सर्जिकल विशेषज्ञों के काम में बुरी तरह से असर पड़ रहा है। एनेथेटिस्ट की सेवाओं की व्यवस्था करना एक मुश्किल काम है।

6.12 सिविल अस्पताल

सिविल अस्पतालों में 47 के विपरीत केवल 14 मेडिकल स्पेशलिस्ट कार्यरत हैं। स्त्री रोग विशेषज्ञों की कमी यहां नहीं दिखायी देती जबकि 26 बालरोग विशेषज्ञों की कमी है। 50 के स्थान पर केवल 18 ही कार्यरत हैं। इसी तरह 597 के स्थान पर केवल 291 नर्स ही कार्यरत हैं।

6.13 जिला अस्पताल

जिला अस्पताल में भी चिकित्सकों की कमी है। जिला अस्पतालों में भी स्टाफ की कमी है। कुल 50 जिलों में मार्च 12 के अनुसार 50 में से 22 मुख्य चिकित्सा अधीक्षक हैं। 162 चिकित्सा विशेषज्ञों के स्थान पर 88 हैं। 135 सर्जन के स्थान पर 86 पदस्थ हैं। स्त्री एवं प्रसूति रोग विशेषज्ञ 165 के स्थान पर 72 हैं। शिशु रोग विशेषज्ञ 247 के स्थान पर 107 हैं। यानि जिला अस्पतालों में 44 प्रतिशत मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, 54 प्रतिशत चिकित्सा विशेषज्ञ, 64 प्रतिशत सर्जन, 44 प्रतिशत स्त्री एवं प्रसूति रोग विशेषज्ञ, 43 प्रतिशत शिशु रोग विशेषज्ञों की कमी है। जिला अस्पतालों में नर्सिंग स्टाफ 3981 के स्थान पर 1960 हैं यानि 51 प्रतिशत की कमी है। 1556 अस्पताल कर्मियों (ओ.पी.डी., वार्ड, ओटी एवं ब्लड बैंक) के स्थान पर 937 हैं जबकि 619 यानि 40 प्रतिशत की कमी है।

तालिका क्रमांक 7 मध्यप्रदेश में स्वास्थ्य के लिए बजट में राशि की उपलब्धता

वर्ष	राज्य बजट	स्वास्थ्य बजट	बजट प्रतिशत में
2007–2008	3637517.85	135649.38	3.73
2008–2009	4327890.55	153598.79	3.55
2009–2010	5273524.80	176291.26	3.34
2010–2011	5342939.00	183113.67	3.42
2011–2012	6584563.00	263900.00	4.00

उपरोक्त तालिका से स्पष्ट है कि पिछले 5 सालों में बजट राशि में मामूली बढ़ोतरी हुई है। प्रदेश की स्वास्थ्य की स्थितियों एवं जरूरतों के अनुसार यह राशि बहुत कम है। 2007–2008 में स्वास्थ्य के लिए राज्य के कुल बजट का 3.73 प्रतिशत आवंटन प्राप्त हुआ जबकि 2011–12 में यह 0.27 प्रतिशत बढ़कर 4 प्रतिशत तक पहुंच पाया है। इन बीच के सालों में यह प्रतिशत घटा है। स्वास्थ्य के मुद्दे पर बजट का घटना और जरूरतों के अनुरूप राशि की उपलब्धता न होना राज्य सरकार की स्वास्थ्य नीति को उजागर करता है। राशि के अभाव में स्वास्थ्य संस्थाओं के संचालन एवं जरूरत के अनुसार सुविधायें मुहैया कराने में दिक्कतें आती हैं।

5

अध्ययन क्षेत्र की सामाजिक आर्थिक स्थिति

प्रस्तुत अध्ययन मध्यप्रदेश के 9 जिलों एवं 11 ब्लाक एवं 34 गांव तथा 39 शहरी बस्तियों में किया गया है। अध्ययन में शामिल जिलों में मालवा क्षेत्र की अलग पहचान है इस क्षेत्र से धार एवं इंदौर जिले अध्ययन में लिये गये हैं। धार जिले में अधिकांश क्षेत्र आदिवासी बहुल हैं जहां भील और भिलाला जनजातियां निवास करती हैं। खेती की भूमि असिंचित और ऊंची नीची है। पिछले दशकों में जंगल तेजी से घटे हैं और आदिवासी जन जीवन को क्षति पहुंची है। अब आदिवासी समुदायों को खेती और मजदूरी के अलावा दूसरे आजीविका के साधन नहीं है। इंदौर प्रदेश में एक बड़े और औद्योगिक शहर के रूप में उभरा है। यहां पर प्रदेश ही नहीं देश के अन्य हिस्सों से भी आजीविका की तलाश में लोग आते हैं और उद्योगों एवं छोटे व्यवसायों में काम करते हैं। यहां बड़ी संख्या में लोग तंग बस्तियों में गुजारा कर रहे हैं जहां बुनियादी सुविधाओं का बेहद अभाव है।

बुंदेलखंड क्षेत्र की प्रकृति अलग है। इस क्षेत्र से ग्वालियर एवं श्योपुर जिला अध्ययन में शामिल है। यहां का अपना इतिहास रहा है जो यहां की महिलाओं की स्थिति को निर्धारित करने में महत्वूर्ण भूमिका अदा करता है। इस क्षेत्र में सामंतवादी व्यवस्था सैकड़ों सालों से चली आ रही है और वर्तमान में भी इस क्षेत्र के समुदायों पर इसका खास असर दिखायी देता है। इन इलाकों में राजपूतों, ब्राह्मणों एवं लोधी समाज के लोगों का बर्चस्व आज भी कायम है। क्षेत्र में दबंगता, छुआछूत, पर्दा प्रथा और महिलाओं को दबाकर रखने की रीतियां आज भी महिलाओं एवं बच्चों के समग्र विकास में रूकावट पैदा करती हैं। क्षेत्र में विकास की स्थितियां भी कमजोर होने की वजह से इसका असर वहां के समुदायों, महिलाओं और बच्चों पर देखा जा सकता है। राजनैतिक अनदेखी के कारण क्षेत्र सड़कों, रेल यातायात और सिंचाई की कमी से जूझ रहा है। दमोह जिला भी बुंदेलखंड की सारी विशेषताओं से प्रभावित है। यहां भी सामंतवादी व्यवस्था कायम है और कमजोर वर्गीय समुदायों को भेदभाव और सुविधाओं एवं सेवाओं तक पहुंच बनाने में कठिनाइयों का सामना करना पड़ता है।

बघेलखंड क्षेत्र की स्थिति बुंदेलखंड से कुछ अलग है। अध्ययन क्षेत्र में रीवा एवं सतना जिले शामिल किये गये है। इन जिलों का कुछ हिस्सा पठारी एवं कुछ भाग पहाड़ी है। क्षेत्र में कहीं कहीं उपजाऊ जमीन है जहां गेहूं, चना, धान, मक्का आदि की उपज अच्छी होती है। वहीं दूसरी ओर पहाड़ी भागों प्राचीन पहाड़ियों, नदियों एवं नालों के कटाव व मिट्टी के जमाव से छोटे छोटे हिस्सों में खेती की जमीन पायी जाती है। यहां ब्राह्मण एवं राजपूत समुदायों का बर्चस्व है एवं सामाजिक एवं आर्थिक रूप से पिछड़े समुदायों को भेदभाव एवं शोषण का सामना करना पड़ता है। महिलाओं की स्थिति समाज में कमजोर है।

अध्ययन में शामिल मंडला और डिंडौरी जिलों की तासीर व प्रकृति अन्य क्षेत्रों से काफी अलग है। यहां आदिवासी समुदाय के लोग बहुतायत से रहते हैं और सामाजिक, सांस्कृतिक, आर्थिक और राजनैतिक विकास में इन्हीं समुदायों की भूमिका अधिक है। क्षेत्र वन आधारित अर्थव्यवस्था से जुड़ा रहा है पर अब वन विनाश की वजह से यहां की अर्थव्यवस्था का मुख्य आधार भी कमजोर पड़ गया है। अधिकांश वनवासी जो कि सांस्कृतिक रूप से भी और सामाजिक रूप से भी एक अलग पहचान रखते थे अब मजदूर बन गये हैं। खेती पूरी तरह से वर्षा पर आधारित है और यह क्षेत्र के लोगों के लिए आजीविका का आधार नहीं बनती। इस वजह से क्षेत्र में गरीबी ज्यादा है ओर लोग काम की तलाश में एक से दूसरे स्थानों की ओर जाते हैं। सरकारी योजनायें भी लोगों को पूरी तरह से मदद पहुंचाने में कामयाब नहीं हो पा रही हैं।

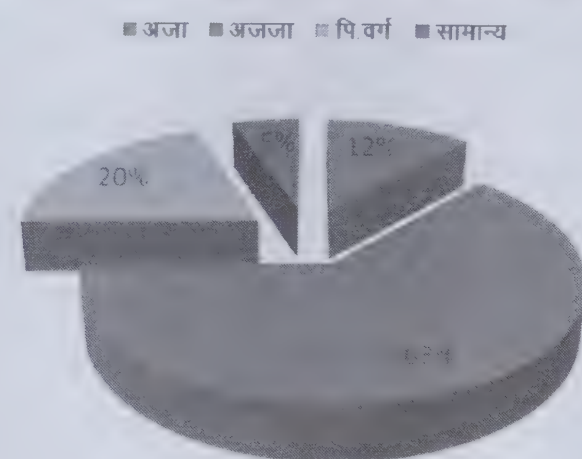
अध्ययन क्षेत्र के पूरे इलाकों में ही महिलाओं की स्थिति दोयम है। बुंदेलखंड इलाके में महिलाओं को किसी भी तरह का अधिकार प्राप्त नहीं है। वे पुरूषों द्वारा बनायी गयी सामाजिक परंपराओं और दायरों में ही जीवन व्यतीत कर रही हैं। उन पर सामाजिक रीतियों व नियम कायदों का इतना दबाव है कि उससे बाहर निकलने के प्रयास कमजोर पड़ जाते हैं। जातिगत अंतर और गरीबी इन परिस्थितियों को और अधिक निम्न बना देती है। खासकर दलित और आदिवासी समुदाय में महिलाओं को सामंतवाद, जाति और गरीबी के साथ ही लिंगगत भेदभाव का एक साथ सामना करना पड़ता है।

डिंडौरी, मंडला और धार के आदिवासी क्षेत्रों में कुछ अर्थों में आदिवासी समुदायों की महिलाओं को अन्य समूहों के मुकाबले अधिक स्वतंत्रता तथा समानता हासिल है। लेकिन, उनकी सामाजिक स्थिति भी दोयम दर्जे की है। उन्हें अपने पुरुषों के मुकाबले कम शिक्षा, संपत्ति स्वामित्व, गतिशीलता तथा अन्य अवसर मिलते हैं। घर के दायरे में भी असमानता स्पष्ट है जहां श्रम विभाजन समूचे क्षेत्र में लिंगाधारित है। महिलाओं के काम पर घर का बोझ अधिक हैं।

समूचे अध्ययन क्षेत्र के परिवारों में निर्णय प्रक्रिया में महिलाओं की शक्तियां बहुत ही सीमित हैं। सामाजिक जीवन में अंतिम फैसले पुरुष करते हैं। जाति पंचायतों में पुरुषों का वर्चस्व है। महिलाओं को उनमें उपस्थित होने तक की इजाजत नहीं है। इस सामाजिक संदर्भ के कारण, जो महिलाएं महिला सशक्तिकरण कार्यक्रम के तहत समूहों के जरिये आगे बढ़ने का प्रयास कर रही हैं व जो ग्राम पंचायतों में प्रतिनिधि के रूप में चुनी जाती हैं, वे भी घर से बाहर निकलने व अपनी फैसले लेने की सामर्थ्य को भी गंभीर रूप से बाधित पाती हैं। कृषि से जुड़े मध्यमवर्गीय परिवार – राजपूतों, ब्राम्हणों, लोधियों, यादवों, पवार, कलार, मरार, साहू आदि जातियों के – सामान्यतः अपनी लड़कियों और महिलाओं को सार्वजनिक जगत से दूर रखते हैं। अध्ययन क्षेत्र में सर्वाधिक आदिवासी समुदाय के लोग रहते हैं एवं अध्ययन में शामिल परिवार इसी समुदाय के हैं।

तालिका क्रमांक 8 अध्ययन क्षेत्र में परिवारों की संख्या

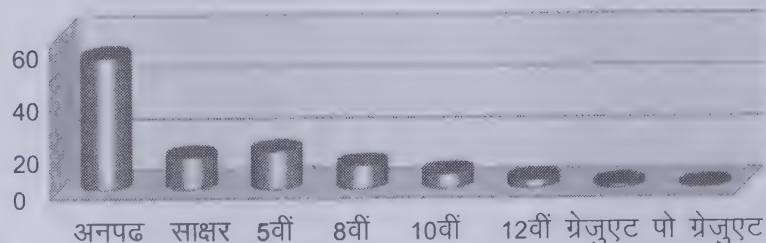
जिला का नाम	अनुसूचित जाति		अनु जनजाति		पिछड़ा वर्ग		सामान्य		कुल	
	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%
दमोह	13	15.3	34	40.0	37	43.5	1	1.2	85	**100.0**
धार	3	3.2	91	95.8	1	1.1		0.0	95	**100.0**
डिंडौरी	2	3.5	43	75.4	12	21.1		0.0	57	**100.0**
ग्वालियर	18	22.5	13	16.3	31	38.8	18	22.5	80	**100.0**
इंदौर	10	15.2	40	60.6	6	9.1	10	15.2	66	**100.0**
मंडला	6	16.2	21	56.8	10	27.0		0.0	37	**100.0**
रीवा	16	14.4	75	67.6	18	16.2	2	1.8	111	**100.0**
सतना	4	6.9	43	74.1	8	13.8	3	5.2	58	**100.0**
श्योपुर	1	2.3	38	88.4	4	9.3		0.0	43	**100.0**
कुल	**73**	**11.6**	**398**	**63.0**	**127**	**20.1**	**34**	**5.4**	**632**	**100.0**

तालिका 8 से स्पष्ट है कि अध्ययनित कुल 632 परिवारों में से सबसे अधिक 63 प्रतिशत अनुसूचित जनजाति वर्ग के हैं जबकि 20.1 प्रतिशत पिछड़े वर्ग एवं 11.6 प्रतिशत परिवार अनुसचित जातियों से हैं। 5.4 प्रतिशत परिवार अन्य समुदायों के हैं। अध्ययनित जिलों में सबसे अधिक अनुसूचित जाति के परिवारों की संख्या ग्वालियर में जबकि सबसे कम श्योपुर में है। सबसे अधिक अनुसूचित जनजाति के परिवारों की संख्या धार जिले में हैं जबकि सबसे कम ग्वालियर में है। डिंडौरी, सतना और श्योपुर जिले में अनुसूचित जनजाति परिवारों की संख्या ज्यादा है जहां अध्ययन किया गया है। पिछड़े वर्गों के परिवार दमोह और ग्वालियर जिले में अधिक है जबकि सामान्य वर्ग के परिवारों की संख्या ग्वालियर एवं इंदौर में हैं जहां अध्ययन किया गया है। स्पष्ट है कि अध्ययनित परिवार ज्यादातर आदिवासी समुदायों से हैं।

अध्ययनित समुदायों में शिक्षा का स्तर बेहद कमजोर हैं। शिक्षा और स्वास्थ्य का गहरा रिश्ता होता है। जिन इलाकों में शिक्षा का स्तर कमजोर होता है वहां स्वास्थ्य के स्तर पर भी उसका प्रभाव देखा जा सकता है। तालिका 9 में अध्ययनित परिवारों के उत्तरदाताओं की शिक्षा का स्तर दिया गया है।

तालिका क्रमांक 9 अध्ययन क्षेत्र में शिक्षा की स्थिति

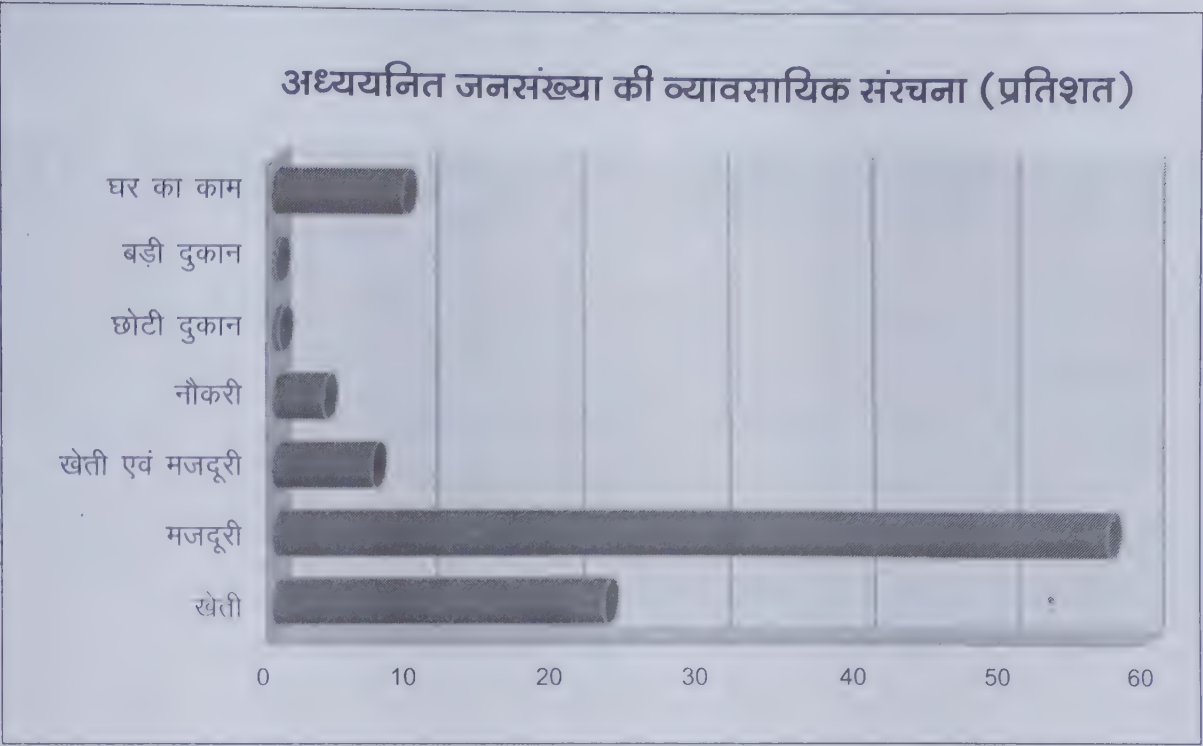
जिला का नाम	अनपढ		साक्षर		5वीं		8वीं		10वीं		12वीं		ग्रेजुएट		पो.ग्रेजुएट		कुल	
	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%
दमोह	25	29.4	14	16.5	30	35.3	9	10.6	4	4.7	3	3.5		0.0		0.0	**85**	**100.0**
धार	57	60.0	12	12.6	15	15.8	5	5.3	3	3.2	2	2.1		0.0	1	1.1	**95**	**100.0**
डिंडौरी	10	17.5	21	36.8	6	10.5	8	14.0	10	17.5	2	3.5		0.0		0.0	**57**	**100.0**
ग्वालियर	37	46.3	2	2.5	10	12.5	16	20.0	3	3.8	5	6.3	4	5.0	3	3.8	**80**	**100.0**
इंदौर	37	56.1	7	10.6	13	19.7	5	7.6	4	6.1		0.0		0.0		0.0	**66**	**100.0**
मंडला	14	37.8	4	10.8	8	21.6	5	13.5	4	10.8		0.0	1	2.7	1	2.7	**37**	**100.0**
रीवा	76	68.5	11	9.9	3	2.7	5	4.5	6	5.4	6	5.4	4	3.6		0.0	**111**	**100.0**
सतना	36	62.1	9	15.5	4	6.9	5	8.6	3	5.2	1	1.7		0.0		0.0	**58**	**100.0**
श्योपुर	33	76.7		0.0	6	14.0	1	2.3	1	2.3	2	4.7		0.0		0.0	**43**	**100.0**
कुल	**325**	**51.4**	**80**	**12.7**	**95**	**15.0**	**59**	**9.3**	**38**	**6.0**	**21**	**3.3**	**9**	**1.4**	**5**	**0.8**	**632**	**100.0**

तालिका 9 से स्पष्ट है कि अधिकांश परिवारों में मुखिया या उत्तरदाता अनपढ़ हैं। कुल 51.4 प्रतिशत परिवारों में उत्तरदाता अशिक्षित हैं जबकि सबसे अधिक श्योपुर में 76.7 उत्तरदाता अशिक्षित हैं। आदिवासी बहुल जिला डिंडौरी में अशिक्षा का स्तर उत्तरदाताओं में अपेक्षाकृत बहुत कम है। इंदौर और ग्वालियर के शहरी क्षेत्र में भी अशिक्षित उत्तरदाता अधिक हैं। केवल 15 प्रतिशत उत्तरदाता ही 5वीं पास हैं जबकि केवल 6 प्रतिशत 10वीं, 3.3 प्रतिशत 12वीं एवं 1.4 प्रतिशत ही ग्रेजुएट हैं।

अध्ययन क्षेत्र में कमजोर शिक्षा का स्तर लोगों की आजीविका को भी प्रभावित करता है। शिक्षा के अभाव में ज्यादातर लोग खेती या उससे जुड़े कामों में संलग्न हैं। क्षेत्र में व्यवसाय और सेवाक्षेत्र में जुड़े लोगों का प्रतिशत कम है।

तालिका क्रमांक 10 अध्ययन क्षेत्र में व्यावसायिक संरचना

जिला का नाम	खेती		मजदूरी		खेती एवं मजदूरी		नौकरी		छोटी दुकान		बड़ी दुकान		घर का काम		कुल	
	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%
दमोह	17	20.0	59	69.4	1	1.2	4	4.7		0.0	1	1.2	3	3.5	85	100.0
धार	49	51.6	12	12.6	28	29.5	3	3.2		0.0		0.0	3	3.2	95	100.0
डिंडौरी	41	71.9	10	17.5	1	1.8		0.0		0.0	1	1.8	4	7.0	57	100.0
ग्वालियर		0.0	31	38.8		0.0	11	13.8		0.0		0.0	38	47.5	80	100.0
इंदौर	6	9.1	54	81.8		0.0	2	3.0	1	1.5		0.0	3	4.5	66	100.0
मंडला	23	62.2	10	27.0	3	8.1	1	2.7		0.0		0.0		0.0	37	100.0
रीवा	1	0.9	99	89.2	4	3.6	1	0.9	1	0.9		0.0	5	4.5	111	100.0
सतना	3	5.2	52	89.7	3	5.2		0.0		0.0		0.0		0.0	58	100.0
श्योपुर	3	7.0	36	83.7	3	7.0		0.0	1	2.3		0.0		0.0	43	100.0
कुल	143	22.6	363	57.4	43	6.8	22	3.5	3	0.5	2	0.3	56	8.9	632	100.0

तालिका 10 से साफ तौर पर जाहिर है कि 22.6 प्रतिशत खेती एवं 57.4 प्रतिशत लोग मजदूरी में संलग्न हैं। केवल 3.5 प्रतिशत लोग नौकरी में संलग्न हैं जबकि 0.5 प्रतिशत लोगों के पास छोटी एवं 0.3 प्रतिशत के पास बड़ी दुकानें हैं। 9 प्रतिशत लोग घर के कामों में संलग्न हैं। सबसे अधिक ग्वालियर में लोग घर के कामों में संलग्न हैं।

ग्रामीण इलाकों में खेती की जमीन आजीविका का सबसे बड़ा साधन है। अध्ययनित इलाकों में ज्यादातर परिवार भूमिहीन हैं। खेती का आधार कमजोर होने के कारण लोगों के जीवन और उनकी सेहत पर इसका सीधा असर पड़ता है।

तालिका क्रमांक 11 अध्ययन क्षेत्र में खेती की जमीन का विवरण

जिला का नाम	खेती की जमीन (एकड़ में)											
	भूमिहीन		2.5 एवं कम		2.5 से 5		5 से अधिक		पता नहीं		कुल	
	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%
दमोह	29	34.1	43	50.6	8	9.4	4	4.7	1	1.2	85	**100.0**
धार	12	12.6	60	63.2	17	17.9	6	6.3		0.0	95	**100.0**
डिंडोरी	15	26.3	11	19.3	3	5.3	1	1.8	27	47.4	57	**100.0**
ग्वालियर	78	97.5	0	0.0	1	1.3	0	0.0	1	1.3	80	**100.0**
इंदौर	21	31.8	1	1.5	1	1.5	0	0.0	43	65.2	66	**100.0**
मंडला	3	8.1	11	29.7	17	45.9	3	8.1	3	8.1	37	**100.0**
रीवा	91	82.0	4	3.6	5	4.5	1	0.9	10	9.0	111	**100.0**
सतना	43	74.1	12	20.7	1	1.7	2	3.4		0.0	58	**100.0**
श्योपुर	25	58.1	12	27.9	3	7.0	2	4.7	1	2.3	43	**100.0**
कुल	**317**	**50.2**	**154**	**24.4**	**56**	**8.9**	**19**	**3.0**	**86**	**13.6**	**632**	**100.0**

तालिका 11 से स्पष्ट है कि अध्ययनित क्षेत्र के 50 प्रतिशत परिवार भूमिहीन हैं जबकि 13.6 प्रतिशत परिवारों ने जमीन के बारे में जानकारी नहीं दी। केवल 36 प्रतिशत परिवारों के पास ही खेती की जमीन है। इनमें 24 प्रतिशत परिवार ऐसे हैं जिनके पास 2.5 एकड़ या उससे भी कम जमीन है। 8.9 प्रतिशत परिवारों के पास 2.5 से 5 एकड़ एवं 3 प्रतिशत परिवारों के पास 5 एकड़ से अधिक जमीन है। 5 एकड़ से अधिक जमीन वाले परिवार सभी जिलों में प्रायः कम ही हैं जबकि सबसे कम भूमिहीन परिवार आदिवासी बहुल क्षेत्र मंडला में हैं।

शिक्षा के अभाव एवं खेती की जमीन न होने की वजह से अध्ययनित क्षेत्र में लोगों के जीवन जीने का स्तर भी कमजोर है। उनकी माली हालत ठीक नहीं है। अध्ययनित गांवों एवं शहरी बस्तियों के 36.4 प्रतिशत लोग गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन कर रहे हैं जबकि 6.5 प्रतिशत लोग अति गरीब की श्रेणी में हैं।

29.1 प्रतिशत परिवारों को पता ही नहीं है कि उनके पास गरीबी रेखा का कार्ड है या नहीं। 28 प्रतिशत परिवार गरीबी रेखा से ऊपर जीवन यापन कर रहे हैं।

तालिका क्रमांक 12 अध्ययन क्षेत्र में गरीबी रेखा का स्तर

जिला का नाम	बीपीएल		एपीएल		अंत्योदय		पता नहीं		कुल	
	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%
दमोह	50	58.8	14	16.5	5	5.9	16	18.8	85	100.0
धार	25	26.3	56	58.9	3	3.2	11	11.6	95	100.0
डिंडौरी	18	31.6	6	10.5	6	10.5	27	47.4	57	100.0
ग्वालियर	23	28.8	27	33.8	1	1.3	29	36.3	80	100.0
इंदौर	10	15.2	24	36.4	6	9.1	26	39.4	66	100.0
मंडला	15	40.5	18	48.6	2	5.4	2	5.4	37	100.0
रीवा	39	35.1	25	22.5	10	9.0	37	33.3	111	100.0
सतना	29	50.0	3	5.2	5	8.6	21	36.2	58	100.0
श्योपुर	21	48.8	4	9.3	3	7.0	15	34.9	43	100.0
कुल	**230**	36.4	**177**	28.0	**41**	6.5	**184**	29.1	**632**	100.0

डॉक्टर ही नहीं गांवों में स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की भारी कमी

केंद्र दे रहा पर्याप्त राशि फिर भी काम में प्रगति नहीं

योजना राष्ट्रीय ग्रामीण ... एक्रिडिटेड सोशल हेल्थ ... कार्यकर्ता को लेकर बेहद चिंताजनक स्थिति ...

... के चलते स्थानीय महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता अब काम छोड़ने का मन बना रही हैं। इसके ... अधिकांश क्षेत्रों में आशा कार्यकर्ताओं ... नहीं हो पाई है। इस ...

समय पर किया जाए भुगतान और मिले अन्य सुविधाएं

विशेष अभियान एक से

... गारंटी कानून के अंतर्गत लाए ... के संदर्भ में आवश्यक तैयारियां ...

... का कार्य सुनिश्चित करेंगे। स्वास्थ्य विभाग ने सभी जिलों के अभियान के संचालन से संबंधित मार्गदर्शी बिंदु भेज दिये हैं।

6 अध्ययनित जिलों में मां एवं बच्चों में रोगों का स्तर

रोगग्रस्तता का सीधा संबंध क्षेत्र विशेष की भौतिक, सामाजिक, आर्थिक एवं राजनैतिक स्थितियों से है। पूर्व में हमने अध्ययनित जिलों की सामाजिक आर्थिक स्थिति को स्पष्ट किया है। अध्ययनित जिलों में खेती के अलावा आजीविका को सहारा देने वाले वन संसाधनों के घटने के कारण लोगों की खाद्य सुरक्षा कमजोर हुई है। अध्ययनित जिलों की स्थिति से हमारी यह समझ बनी है कि अध्ययनित गांवों की यह तस्वीर बेहद धुंधली है और यह स्थितियां लोगों के जीवन एवं स्वास्थ्य को प्रभावित करती दिखायी दे रही है तथा लैंगिक और आर्थिक विभेद इन्हें बढ़ाने में मदद कर रहे हैं। अध्ययनित गांवों में लोगों की जीविका का मुख्य आधार खेती कमजोर होने से क्षेत्र में गरीबी के कई रूप दिखायी देते हैं और उनके आयाम भी अनेक हैं। यह लोगों को अपने जीवन की रक्षा और आगे बढ़ने के लिए आवश्यक क्षमताओं से वंचित कर जीवन के सभी पहलुओं के लिए खतरा उत्पन्न करती हैं। यह उन सामाजिक आर्थिक और लैंगिक विसंगतियों को पुष्ट करती हैं या उनका दायरा बढ़ाती हैं जो लोगों को समान अवसरों का लाभ उठाने से रोकती हैं, साथ ही लोगों की रोगग्रस्तता को भी निर्धारित करने में महत्वपूर्ण भूमिका अदा करती हैं। क्षेत्र में असंतुलित विकास की स्थिति के कारण सुरक्षित पेयजल, स्वास्थ्य के लिए अनुकूल स्वच्छ परिवेश, पर्याप्त और संतुलित पोषण की कमी के कारण रोगों को पनपने के लिए अनुकूल स्थितियां बनती हैं, जिसकी वजह से मलेरिया और चिकनगुनिया बुखार, खुजली, उल्टी दस्त, कुपोषण आदि रोगों का फैलाव अधिक होता है।

अतः संक्षेप में अध्ययन क्षेत्र की प्रकृति एवं उसके परस्पर संबंधों की पड़ताल करके हम रोगों की घटनाओं को मापने का प्रयास कर रहे हैं। अध्ययन क्षेत्र की इन परिस्थितियों में किन रोगों की अधिकता है और इसका विभिन्न वर्गों में किस तरह का फैलाव है, यह समझना जरूरी है। हमने यह भी समझने का प्रयास किया है कि रोगों, पोषण एवं मौतों के मामलों में महिलाओं एवं पुरूषों में किस तरह का अंतर दिखायी देता है। अध्ययनित क्षेत्र में पिछले तीन माह में रोगों की घटनायें अधिक देखी जा सकती हैं। इसमें कुछ रोगों की घटनायें उसी समय की है जबकि कुछ घटनायें लम्बे समय से बनी हुई हैं। तालिका 13 में रोगो की घटनाओं को दर्शाया गया है

तालिका 13 से साफ जाहिर है कि प्रति हजार जनसंख्या में 170 लोगों को रोगों की किसी न किसी घटना से सामना करना पड़ा है। रोगों की घटनाओं की यह दर केवल तीन माह की है, जबकि पूरे साल की घटनाओं को रिकार्ड किया जाये तो तस्वीर ज्यादा गंभीर दिखायी दे सकती है। रोगों की घटनाओं में सबसे अधिक बुखार की घटनायें हैं जो कि 87 प्रति हजार दर्ज की गयी हैं। सबसे कम घटनायें दुर्घटनाओं से संबंधित हैं, केवल प्रति हजार 1 व्यक्ति ही इसका सामना कर रहे हैं। रोगों की सबसे अधिक घटनायें आदिवासी एवं पिछड़ा वर्ग के समुदायों में देखी जा सकती है जहां क्रमशः 172 एव 182 प्रति हजार रोगों की घटनायें दर्ज की गयी हैं।

रोगों की घटनायें प्रदेश के सभी क्षेत्रों में एक जैसी नहीं हैं। अध्ययनित 9 जिलों में रोगों की घटनाओ में अंतर देखा जा सकता है। आदिवासी बहुल इलाकों में रोगों की घटनायें अपेक्षाकृत अधिक पायी गयीं जबकि मैदानी और सामान्य समुदायों वाले क्षेत्रों में रोगों की घटनायें कम देखी जा सकती हैं। यह रोगों की घटनायें न केवल अध्ययन क्षेत्र की कमजोर सामाजिक, आर्थिक और राजनैतिक स्थिति को दर्शा रही हैं बल्कि इन इलाकों की स्वास्थ्य सेवाओं पर भी सवालिया निशान लगा रही हैं। स्वास्थ्य सेवाओं की बेहतर व्यवस्था रोगों की घटनाओं को नियंत्रित करने में मददगार साबित होती है और रोगों की दर कम हो जाती है।

तालिका 14 में रोगों की घटनाओं को जिलेवार दर्शाया गया है। तालिका के अनुसार डिंडौरी और मंडला जिलों में रोगों का दबाव अधिक है। यहां क्रमशः प्रति हजार 248 एवं 235 लोग रोगों का शिकार हुए हैं। यह रोगों की दर 9 जिलों की औसत दर 170 प्रति हजार से काफी अधिक है। इसके अलावा औसत से अधिक रोगों की दर ग्वालियर एवं सतना जिलों में भी देखी जा सकती है जहां प्रति हजार क्रमशः 185 एवं 206 लोग रोगों का सामना कर रहे हैं। बुखार एवं पेट रोग से संबंधित रोगों की घटनायें सभी जिलों में अधिक पायी गयीं हैं। खून की कमी और कुपोषण से संबंधित मामले ग्वालियर और श्योपुर जिले में अधिक देखे जा सकते हैं।

तालिका क्र. 13 अध्ययनित क्षेत्र में सामाजिक वर्गानुसार रोगग्रस्तता की स्थिति

रोग	लिंग	अनु. जाति		अनु. जनजाति		पि. वर्ग		सामान्य		कुल	
		रोगी संख्या	प्रति हजार	रोगी संख्या	प्रति हजार	रोगी संख्या	प्रति हजार	रोगी संख्या	प्रति हजार	रोगी संख्या	प्रति हजार
बुखार	पुरूष	15	68	109	95	36	93	3	29	**163**	88
	महिला	18	88	110	94	26	74	3	33	**157**	87
	कुल	33	78	219	95	62	84	6	31	**320**	87
पेट संबंधी रोग	पुरूष	7	32	27	24	12	31	3	29	**49**	26
	महिला	3	15	52	45	13	37	5	55	**73**	40
	कुल	10	24	79	34	25	34	8	41	**122**	33
श्वास एवं फेफड़ों से सबंधित रोग	पुरूष	8	36	21	18	10	26	2	19	**41**	22
	महिला	2	10	8	7	3	9		0	**13**	7
	कुल	10	24	29	13	13	18	2	10	**54**	15
खून की कमी एवं कुपोषण	पुरूष	1	5	10	9	3	8		0	**14**	8
	महिला	3	15	11	9	3	9	1	11	**18**	10
	कुल	4	9	21	9	6	8	1	5	**32**	9
चर्म रोग	पुरूष	1	5	3	3	5	13		0	**9**	5
	महिला	3	15	5	4	4	11	1	11	**13**	7
	कुल	4	9	8	3	9	12	1	5	**22**	6
प्रजनन संबंधी रोग	पुरूष		0		0	1	3		0	**1**	1
	महिला		0	6	5	1	3		0	**7**	4
	कुल		0	6	3	2	3		0	**8**	2
मानसिक एवं रक्त दबाव संबंधी रोग	पुरूष		0	2	2	2	5		0	**4**	2
	महिला		0		0	3	9		0	**3**	2
	कुल		0	2	1	5	7		0	**7**	2
आंख, नाक, कान, गला रोग	पुरूष		0	3	3	2	5		0	**5**	3
	महिला	1	5	2	2	3	9	1	11	**7**	4
	कुल	1	2	5	2	5	7	1	5	**12**	3
आकस्मिक चोट एवं घाव	पुरूष		0	2	2		0		0	**2**	1
	महिला		0	2	2	1	3		0	**3**	2
	कुल		0	4	2	1	1		0	**5**	1
अन्य	पुरूष	5	23	16	14	4	10	4	39	29	16
	महिला	2	10	8	7	2	6	2	22	14	8
	कुल	7	16	24	10	6	8	6	31	43	12
कुल		**69**	162	**397**	172	**134**	182	**25**	129	**625**	170
कुल अध्ययनित जनसंख्या	पुरूष	221		1145		386		103		1855	
	महिला	204		1166		350		91		1811	
	कुल	425		2311		736		194		3666	

तालिका क्रमांक 14 अध्ययनित क्षेत्र में जिलेवार रोगग्रस्तता की स्थिति

जिला नाम	संख्या	बुखार	पेट संबंधी रोग	श्वास एवं फेफड़ों से संबंधी रोग	खून की कमी एवं कुपोषण	चर्म रोग	प्रजनन संबंधी रोग	मानसिक एवं रक्त दबाव संबंधी	आंख, नाक, कान, गला रोग	चोट एवं घाव	अन्य	कुल	कुल जन संख्या
दमोह	संख्या	54	20	5	2	1			1		2	85	544
	प्रति हजार	99	37	9	4	2	0	0	2	0	4	156	
धार	संख्या	63	21	3	3	5	1		1	1	5	103	607
	प्रति हजार	104	35	5	5	8	2	0	2	2	8	170	
डिंडौरी	संख्या	52	5	1		3			1	1	2	65	262
	प्रति हजार	198	19	4	0	11	0	0	4	4	8	248	
ग्वालियर	संख्या	26	23	10	9	1		5	2	2	8	86	464
	प्रति हजार	56	50	22	19	2	0	11	4	4	17	185	
इंदौर	संख्या	42	7	3					1		3	56	356
	प्रति हजार	118	20	8	0	0	0	0	3	0	8	157	
मंडला	संख्या	20	11		1	5					1	38	162
	प्रति हजार	123	68	0	6	31	0	0	0	0	6	235	
रीवा	संख्या	25	17	18	8	5	4		2	1	13	93	710
	प्रति हजार	35	24	25	11	7	6	0	3	1	18	131	
सतना	संख्या	32	12	5	2	2	3	2	4		7	69	335
	प्रति हजार	96	36	15	6	6	9	6	12	0	21	206	
श्योपुर	संख्या	6	6	9	7						2	30	227
	प्रति हजार	26	26	40	31	0	0	0	0	0	9	132	
कुल	संख्या	**320**	**122**	**54**	**32**	**22**	**8**	**7**	**12**	**5**	**43**	**625**	**3666**
	प्रति हजार	**87**	**33**	**15**	**9**	**6**	**2**	**2**	**3**	**1**	**12**	**170**	

श्योपुर जिले के आदिवासी बहुल इलाकों में कुपोषण की समस्या लम्बे समय से बनी हुई है। यहां अक्सर कुपोषण से बच्चों की मौतें एवं गंभीर स्थितियों को देखा गया है। वर्तमान में जिले में प्रति हजार 31 लोगों को खून की कमी एवं कुपोषण का सामना करना पड़ा रहा है।

रोगों के दबाव के साथ ही रोगों का लम्बे समय तक बने रहना भी अध्ययनित क्षेत्र में देखा जा सकता है। कुल रोगों की घटनाओं को उनकी समयावधि के अनुसार वर्गीकृत किया गया और यह समझने का प्रयास किया गया कि रोगों की घटनायें कितने समय तक क्षेत्र में बनी हुई हैं। रोगों की घटनाओं का समय के संदर्भ में विश्लेषण किया गया तो पता चला कि 15.8 प्रतिशत रोगों की घटनायें एक साल से भी अधिक समय तक बनी हुई हैं। स्पष्ट है कि रोगों के लम्बे समय तक बने रहने से बड़ी संख्या में लोग विकास एवं अपनी आजीविका में योगदान देने मे सक्षम नहीं रह पाते। केवल 13.6 प्रतिशत रोगों की घटनायें ही हैं जो कम समय में खत्म हो जाती हैं। अध्ययनित क्षेत्र में 51.2 प्रतिशत रोगों की घटनायें ऐसी हैं जो एक माह से अधिक समय तक बनी रहती हैं। रोगों की घटनाओं का अधिक समय तक बने रहना क्षेत्र की निरंतर कमजोर सामाजिक आर्थिक व्यवस्था बने रहने की प्रतीक है।

तालिका क्रमांक 15 अध्ययनित क्षेत्र में रोगग्रस्तता की अवधि

जिला का नाम	संख्या	5 दिन से कम	6 से 15 दिन	16 से 30 दिन तक	1 से 3 माह तक	4 से 6 माह तक	7 से 12 माह तक	12 माह से अधिक	कुल
दमोह	संख्या	25	28	12	8	4	5	4	85
	प्रतिशत	29.4	32.9	14.1	9.4	4.7	5.9	4.7	100.0
धार	संख्या	7	24	10	17	20	22	5	103
	प्रतिशत	6.8	23.3	9.7	16.5	19.4	21.4	4.9	100.0
डिंडौरी	संख्या	2	6	49	2	4	2		65
	प्रतिशत	3.1	9.2	75.4	3.1	6.2	3.1	0.0	100.0
ग्वालियर	संख्या	10	7	8	17	7	17	18	86
	प्रतिशत	11.6	8.1	9.3	19.8	8.1	19.8	20.9	100.0
इंदौर	संख्या	32	16	3	2		1	2	56
	प्रतिशत	57.1	28.6	5.4	3.6	0.0	1.8	3.6	100.0
मंडला	संख्या	2	8	8	4	7	7	2	38
	प्रतिशत	5.3	21.1	21.1	10.5	18.4	18.4	5.3	100.0
रीवा	संख्या	3	17	12	8	11	7	35	93
	प्रतिशत	3.2	18.3	12.9	8.6	11.8	7.5	37.6	100.0
सतना	संख्या	1	2		5	9	20	31	69
	प्रतिशत	1.4	2.9	0.0	7.2	13.0	29.0	44.9	100.0
श्योपुर	संख्या	3	2	4	8	7	4	2	30
	प्रतिशत	10.0	6.7	13.3	26.7	23.3	13.3	6.7	100.0
कुल	संख्या	**85**	**110**	**106**	**71**	**69**	**85**	**99**	**625**
	प्रतिशत	**13.6**	**17.6**	**17.0**	**11.4**	**11.0**	**13.6**	**15.8**	**100.0**

7 अध्ययनित जिलों में स्वास्थ्य सेवाओं का स्तर

पूर्व विश्लेषण में हमने पाया कि बच्चों, महिलाओं और अन्य लोगों पर रोगों का दबाव अधिक है। यह दबाव जिले की प्रकृति एवं समुदाय, लिंग आदि के आधार पर बढ़ता या घटता है। इस दबाव को कम करने व लोगों को रोगों से मुक्त करने का जिम्मा सरकार पर है। सरकार का स्वास्थ्य विभाग लोगों के बेहतर स्वास्थ्य के लिए काम करता है। इसका अमला गांव से राज्य स्तर तक फैला हुआ है। इस अमले द्वारा न केवल स्वास्थ्य सेवायें एवं सुविधायें दिलायी जाती है बल्कि उन्हें लोगों को जीवन रक्षा के उपायों के प्रति शिक्षित भी करने का दायित्व सौंपा गया है।

जब हम इस स्वास्थ्य सेवा तंत्र का विश्लेषण करते हैं तो जान पड़ता है कि यह निश्चित रूप से लोगों को स्वास्थ्य सेवायें उपलब्ध कराने में तत्पर है और लोगों को प्राथमिक देखभाल सेवाओं के साथ ही गहन चिकित्सकीय सेवा उपलब्ध है। यह सेवा सभी क्षेत्रों में एक जैसी नहीं है। कई क्षेत्रों में चिकित्सकों एवं पैरामेडिकल स्टाफ की भारी कमी है जिसका असर स्वास्थ्य सेवाओं पर पड़ा है। जब हम लोगों से इन सेवाओं की गुणवत्ता और सहज उपलब्धता के बारे में जानने का प्रयास करते हैं तो वास्तविकता कुछ और निकलकर आती है। अनके क्षेत्रों में चिकित्सकों पर जनसंख्या के दबाव और पैरामेडिकल स्टाफ की कमी आदि के कारण जरूरतमंदों को बेहतर स्वास्थ्य सेवायें मुहैया कराना मुश्किल होता है।

राज्य स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं की प्रारंभिक एवं जिला स्तरीय संस्थाओं में लोगों का विश्वास कायम नहीं हो पा रहा है। ज्यादातर लोग गांव एवं स्थानीय स्तर पर उपलब्ध अप्रशिक्षित एवं प्रायवेट डाक्टरों पर ही भरोसा करते हैं। लोगों को सरकारी सेवायें न मिलने के कारण मजबूरी में प्रायवेट स्वास्थ्य सेवायें प्राप्त करना पड़ रहा है।

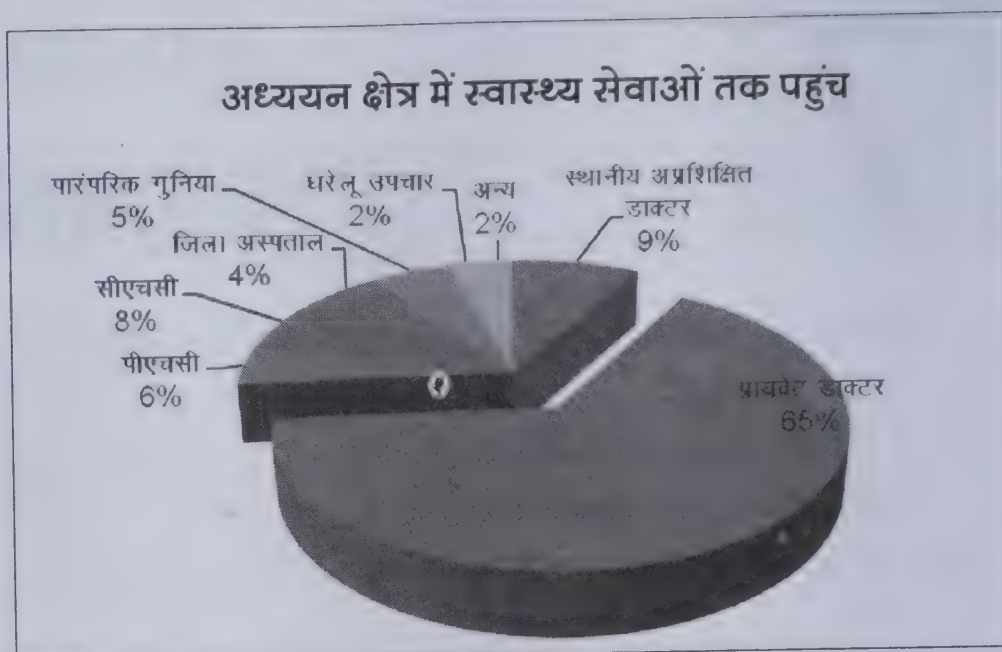
तालिका क्रमांक 16 अध्ययनित क्षेत्र में स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच

जिला का नाम	स्थानीय अप्रशिक्षित डाक्टर		प्रायवेट डाक्टर		पीएचसी		सीएचसी		जिला अस्पताल		पारंपरिक गुनिया		घरेलू उपचार		अन्य		कुल	
	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%
दमोह	3	3.3	73	81.1	1	1.1	13	14.4		0.0		0.0		0.0		0.0	**90**	**100.0**
धार	2	1.9	87	82.9	7	6.7	6	5.7		0.0		0.0	1	1.0	2	1.9	**105**	**100.0**
डिंडौरी		0.0	11	17.7	2	3.2	3	4.8	3	4.8	33	53.2	10	16.1		0.0	**62**	**100.0**
ग्वालियर	36	42.9	42	50.0	2	2.4	2	2.4	2	2.4		0.0		0.0		0.0	**84**	**100.0**
इंदौर	1	1.5	53	81.5		0.0		0.0		0.0		0.0	1	1.5	10	15.4	**65**	**100.0**
मंडला	1	2.9	25	71.4	6	17.1	2	5.7	1	2.9		0.0		0.0		0.0	**35**	**100.0**
रीवा	6	6.7	72	80.0	1	1.1	6	6.7	3	3.3		0.0	2	2.2		0.0	**90**	**100.0**
सतना	3	4.7	30	46.9	3	4.7	12	18.8	15	23.4		0.0	1	1.6		0.0	**64**	**100.0**
श्योपुर	2	6.7	16	53.3	6	20.0	4	13.3	2	6.7		0.0		0.0		0.0	**30**	**100.0**
कुल	**54**	**8.6**	**409**	**65.4**	**28**	**4.5**	**48**	**7.7**	**26**	**4.2**	**33**	**5.3**	**15**	**2.4**	**12**	**1.9**	**625**	**100.0**

9 जिलों से प्राप्त आंकड़े बताते है कि 74 प्रतिशत रोगी स्थानीय एवं प्रायवेट डाक्टरों के पास ही इलाज हेतु जाते हैं जबकि 7.7 प्रतिशत रोगी पारंपरिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं एवं घरेलू इलाज पर निर्भर हैं। केवल 16.4 प्रतिशत रोगी ही प्राथमिक एवं जिला स्तरीय स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में इलाज के लिए जाते हैं। 1.9 प्रतिशत रोगी अन्य इलाजों पर निर्भर हैं। स्पष्ट है कि सरकारी स्वास्थ्य संस्थाओं तक इलाज के लिए लोगों का न जाना इस बात की ओर इशारा करता है कि स्वास्थ्य सेवाओं का ढांचा लोगों को बेहतर सेवाएं उपलब्ध नहीं करा पा रहा है।

सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं की ओर लोगों का रूझान न होना अकारण नहीं है। अनके लोगों के अनुभव सरकारी अस्पतालों में बुरे अनुभवों से गुजरे हैं जिनकी वजह से वे इन स्वास्थ्य सेवाओं में जाना पसंद नही करते। लोगों का कहना है कि अस्पताल लोगों

के प्रति पूरी जवाबदेही एवं पारदर्शिता के साथ अपनी सेवाएं नहीं उपलब्ध करा पा रहे हैं। प्रायवेट डाक्टरों में किस स्तर के डाक्टर सेवायें दे रहे हैं इसकी स्पष्ट संख्या प्राप्त नहीं है अतः प्रायवेट डाक्टरों की संख्या में भी अप्रशिक्षित डाक्टर शामिल हो सकते हैं।

जिलों में स्वास्थ्य सेवाओं में पहुंचने वाले रोगियों की संख्या को देखें तो काफी अंतर स्पष्ट रूप से दिखायी देता है। दमोह, धार, इंदौर और रीवा जिलों में 80 प्रतिशत से अधिक लोग प्रायवेट और स्थानीय अप्रशिक्षित चिकित्सकों के पास ही उपचार के लिए जाते हैं। डिंडौरी जिले में लोग उपचार के लिए स्थानीय पारंपरिक वैद्य एवं घरेलू उपायों पर निर्भर हैं। दमोह, धार और इंदौर जिले के जिला अस्पताल में लोग इलाज के लिए नहीं जा रहे हैं। इंदौर जिले में ज्यादातर लोग प्रायवेट चिकित्सकों के पास इलाज के लिए जा रहे हैं जबकि जिले में सर्व–सुविधासुक्त एमवाय चिकित्सालय है, जहां सभी जरूरी चिकित्सा सेवायें उपलब्ध हैं। यहां एमवाय होने के कारण जिला चिकित्सालय न जाने की बात तो समझ में आती है पर दमोह और धार जिले में अध्ययनित क्षेत्र से एक भी व्यक्ति के न जाने का कारण साफ है कि वहां लोगों को जिला चिकित्सालय पर भरोसा नहीं है।

तालिका क्रमांक 17 अध्ययनित क्षेत्र में सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच कम होने के कारण

जिला का नाम	अस्पताल दूर है		डाक्टर नहीं		समुचित देखभाल नहीं		दवा नहीं मिलती		अन्य		पता नहीं		कुल	
	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%
दमोह	11	13.3	12	14.5	33	39.8	2	2.4		0.0	25	30.1	**83**	**100.0**
धार	8	8.6	5	5.4	50	53.8	1	1.1	3	3.2	26	28.0	**93**	**100.0**
डिंडौरी	35	59.3	11	18.6	3	5.1		0.0		0.0	10	16.9	**59**	**100.0**
ग्वालियर		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0	27	100.0	**27**	**100.0**
इंदौर	11	19.0		0.0	18	31.0		0.0	10	17.2	19	32.8	**58**	**100.0**
मंडला	5	15.2		0.0	5	15.2		0.0		0.0	23	69.7	**33**	**100.0**
रीवा	23	27.1	10	11.8	19	22.4		0.0		0.0	33	38.8	**85**	**100.0**
सतना	17	32.1	1	1.9	14	26.4	2	3.8	1	1.9	18	34.0	**53**	**100.0**
श्योपुर	3	9.4	1	3.1	12	37.5		0.0		0.0	16	50.0	**32**	**100.0**
कुल	**113**	**21.6**	**40**	**7.6**	**154**	**29.4**	**5**	**1.0**	**14**	**2.7**	**197**	**37.7**	**523**	**100.0**

प्राप्त जानकारी के आधार पर यह बात सामने आयी कि सबसे अधिक सरकारी स्वास्थ्य सेवाएं लोगों को इसलिये नहीं उपलब्ध हो पा रही हैं क्योंकि वहां समुचित देखभाल सेवा नहीं मिल पाती है। सरकारी अस्पताल न जाने वाले कुल 523 रोगियों के मामलों में 29.4 प्रतिशत का कहना था कि अस्पताल में ठीक से इलाज नहीं होता, वहां देखभाल नहीं हो पाती है। 21.6 प्रतिशत ने अस्पताल दूर होने की बात कही जबकि 7.4 प्रतिशत रोगियों का कहना था कि अस्पताल में डाक्टर नहीं हैं। केवल 1 प्रतिशत लोगों का कहना था कि अस्पताल में दवा नहीं मिलती जबकि 2.7 प्रतिशत ने अन्य कारण बताये। 37.7 प्रतिशत रोगियों ने सरकारी अस्पतालों में इलाज के लिए न जाने के बारे में कोई भी जानकारी नहीं दी।

इस तरह देखें तो सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता का स्तर साफ तौर पर कमजोर जान पड़ता है। यह जानकारी प्रदेश के 9 जिलों के उन ग्रामीण इलाकों की स्थिति दर्शा रही है जहां आदिवासी एवं दलित समुदाय के लोग ज्यादा रहते हैं और जहां स्वास्थ्य सेवाओं की जरूरत अपेक्षाकृत अधिक है। इन क्षेत्रों में लोगों की माली हालत ठीक नहीं है और प्रायवेट स्वास्थ्य

सेवाओं को प्राप्त करने के लिए इनकी आर्थिक स्थिति इजाजत नहीं देती। बावजूद इसके लोग इन सेवाओं की तरफ ज्यादा रूझान कर रहे हैं।

स्वास्थ्य सेवाओ में कर्मचारियों की कमी जहां तकलीफदेह साबित होती है वहीं स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का व्यवहार भी रोगी को स्वास्थ्य संस्थाओं तक पहुंच का कारण बनता है। सरकारी अस्पतालों में पहुंचने वाले 25.7 प्रतिशत रोगियों का कहना था कि अस्पताल में उनकी जांच नहीं हो पायी। 48 प्रतिशत मरीजों ने डाक्टर का व्यवहार अच्छा बताया जबकि 43 प्रतिशत ने मध्यम और 9 प्रतिशत ने खराब बताया। अस्पताल में भर्ती होने वाले मरीजों के अनुभव भी कुछ इसी तरह की स्थिति बया कर रहे हैं। अस्पताल में भर्ती होने वाले 34 प्रतिशत मरीजों ने अच्छे अनुभव बताये जबकि 53 प्रतिशत ने मध्यम और 13 प्रतिशत ने खराब अनुभव बताये।

ग्वालियर शहर के 4 वर्षीय रोहित की मां उसे अस्पताल लेकर गई। रोहित को टीबी की बीमारी है। उन्होंने रोहित को डॉक्टर को दिखाया तो डॉक्टर ने सभी दवा व जांच बाहर का लिखा। उसकी मां ने कहा साहब यहीं से दवा लिख दो तो अच्छा होगा। हमारे पास पैसा नहीं है दवा खरीदने के लिए। डॉक्टर ने कहा कि यहां पर या तो गरीबी रेखा कार्ड लाओ तब ही निःशुल्क में दवा मिल सकती है, नहीं तो आपको यहां पर पूरा ईलाज पैसों से कराना पड़ेगा। रोहित की मां रोती हुई अस्पताल से वापिस आ गई। रोहित के पिता बेलदारी करते हैं। उनके पास मजदूरी कार्ड भी नहीं है। रोहित के दो भाई बहिन भी बीमार रहते हैं। आज तक रोहित को दवा नहीं मिल पाई, आज भी वह अपनी बीमारी से जूझ रहा है। उसका परिवार ईलाज कराने में असमर्थ है। रोहित के पिता सिर्फ अपने परिवार को दो वक्त का खाना ही दे पा रहे हैं।

भावना को गरीबी के कारण इलाज न मिला

ग्वालियर शहर निवासी भावना की मां और दादी भावना को लेकर माधव डिस्पेंसरी में गई, उन्होंने विकलांग कार्ड से पर्चा बनवाया और डॉक्टर को दिखाया। डॉक्टर साहब ने कहा कि इसे भर्ती करना पड़ेगा पर उनके पास भर्ती करने के लिये 70 रू. नहीं थे। डॉक्टर साहब ने कहा कि यह दवाई बाहर की लिखी है इसे ले लेना। जब वह मेडिकल पर गई तो दवा सात सौ रू. की थी, इस कारण वह दवा न ले सकी। बच्ची को लेकर वापिस घर आ गई। एक दो दिन के बाद उन्होंने कुछ पैसों का इंतजाम किया और पास के ही प्राईवेट डॉक्टर को 100 रू. में बच्ची को दवा दिलाई और उनकी बच्ची को स्वास्थ्य में लाभ मिला। तब से ही वह सरकारी अस्पताल में जाने से कतराती हैं और कहती हैं कि प्राईवेट में जब 100 रू. में ही ईलाज हो तो हम सरकारी अस्पताल में क्यों जायें। उन्होंने कहा कि हमारी यह हालत है कि पूरे माह में हम 200-300 रू. साफ-सफाई करके कमाते हैं हम गरीब हैं पर हमारे पास गरीबी रेखा कार्ड नहीं है जिस कारण से हमें अस्पताल में भी निःशुल्क दवा नहीं मिल पाती है इसलिये हम घर के नजदीक में ही बंगाली डॉक्टर से दवा ले लेते हैं। जब मैंने पूछा कि और कोई समस्या है तो उन्होंने यह जबाव दिया कि साहब सबसे बड़ी समस्या तो गरीबी है कोई ईलाज नहीं है और यह दिन पर दिन बढ़ती जा रही हैं।

उपरोक्त दोनों ही मामलों में गरीब लोगों को उपचार नहीं मिल सका, जबकि सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं का मुख्य लक्ष्य है कि ऐसे परिवारों को निःशुल्क उपचार मिले जिनके पास पैसे नहीं है। किसी भी परिवार को इस कारण इलाज के लिए मना नहीं किया जा सकता कि उसके पास इलाज के लिए पैसा नहीं है। यह संवेदनशीलता सरकारी डाक्टरों में नहीं है। सरकार इस बात का प्रचार प्रसार और दावा कर रही है कि सभी मरीजों का मुफ्त उपचार सरकारी अस्पतालों से किया जायेगा। परन्तु ग्वालियर के यह मामले कुछ और ही स्थिति को दर्शा रहे हैं।

7.1 बच्चों की बीमारियों से रक्षा

मध्यप्रदेश में हजारों बच्चे ऐसी बीमारियों से भी मर जाते हैं जिन्हें आसानी से टीकाकरण के जरिये रोका जा सकता है। बच्चों की विभिन्न बीमारियों से रक्षा के लिए गांव से जिले तक टीकाकरण की व्यवस्था कायम की गयी है। इस टीकाकरण कार्यक्रम के द्वारा बच्चों को पोलियो, हेपेटायटिस बी, काली खांसी, गलघोंटू, खसरा, टीबी एवं टिटनेस से बचाव किया जाता है। गांव स्तर पर एएनएम निर्धारित दिवस में आंगनवाड़ी कार्यकर्ता की सहायता से टीकाकरण का काम पूरा करती है। आंगनवाड़ी में बच्चों का पंजीयन किया जाता है और उसकी शारीरिक वृद्वि के साथ ही टीकाकरण की भी निगरानी की जाती है।

तालिका 18 से स्पष्ट है कि 91 प्रतिशत बच्चों का पंजीयन आंगनवाड़ी द्वारा किया गया है जबकि 4.9 प्रतिशत बच्चों के पालकों ने बताया कि उनके बच्चों का पंजीयन नहीं हुआ है एवं 4.1 प्रतिशत बच्चों के पालकों को पंजीयन के बारे में जानकारी नहीं

थी। मंडला, सतना एवं श्योपुर में शत प्रतिशत पंजीयन पाया गया जबकि इंदौर और डिंडौरी जिले में अपेक्षाकृत कम पंजीयन किया गया है। इसी तरह बच्चों के पोषाहार वितरण को देखें तो अधिकांश बच्चों के पालकों ने बताया कि उनके बच्चों को पोषाहार दिया जा रहा है।

तालिका क्रमांक 18 अध्ययनित क्षेत्र में आंगनवाड़ी में बच्चों का पंजीयन

जिला का नाम	बच्चों का पंजीयन							
	हां		नहीं		पता नहीं		कुल	
	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%
दमोह	58	95.1	2	3.3	1	1.6	61	100.0
धार	86	90.5	5	5.3	4	4.2	95	100.0
डिंडोरी	18	78.3	1	4.3	4	17.4	23	100.0
ग्वालियर	53	85.5	2	3.2	7	11.3	62	100.0
इंदौर	31	73.8	9	21.4	2	4.8	42	100.0
मंडला	18	100.0		0.0		0.0	18	100.0
रीवा	94	93.1	5	5.0	2	2.0	101	100.0
सतना	46	100.0		0.0		0.0	46	100.0
श्योपुर	39	100.0		0.0		0.0	39	100.0
कुल	443	91.0	24	4.9	20	4.1	487	100.0

तालिका क्रमांक 19 अध्ययनित क्षेत्र में बच्चों को उपलब्ध पोषण आहार

जिला का नाम	बच्चों का पोषण आहार वितरण							
	हां		नहीं		पता नहीं		कुल	
	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%
दमोह	49	80.3	11	18.0	1	1.6	61	100.0
धार	93	97.9	2	2.1		0.0	95	100.0
डिंडोरी	12	52.2	4	17.4	7	30.4	23	100.0
ग्वालियर	50	80.6	6	9.7	6	9.7	62	100.0
इंदौर	31	73.8	7	16.7	4	9.5	42	100.0
मंडला	18	100.0		0.0		0.0	18	100.0
रीवा	86	85.1	15	14.9		0.0	101	100.0
सतना	39	84.8	4	8.7	3	6.5	46	100.0
श्योपुर	39	100.0		0.0		0.0	39	100.0
कुल	417	85.6	49	10.1	21	4.3	487	100.0

तालिका 19 से साफ जाहिर है कि 85.6 प्रतिशत बच्चों को पोषण आहार प्राप्त हो रहा है जबकि मंडला एव श्योपुर जिले में शत प्रतिशत बच्चों को पोषाहार मिल रहा है। यहां यह बात भी उल्लेखनीय है कि शत प्रतिशत बच्चों को पोषाहार वितरण के बावजूद भी श्योपुर में कुपोषण की घटनायें अधिक देखी जाती हैं और बच्चों की कुपोषण से मौतें भी आये दिन खबरों में आती हैं। डिंडौरी और इंदौर के शहरी बस्तियों में कम बच्चों को पोषण आहार वितरण किया जा रहा है, ऐसा पालकों द्वारा जानकारी दी गयी।

7.2 टीकाकरण कार्यक्रम की उपलब्धियाँ

बच्चों की देखभाल एवं स्वास्थ्य रक्षा के लिए पूरे देश में टीकाकरण का एक बड़ा कार्यक्रम चलाया जा रहा है। बच्चों के रक्षण की स्थिति का विश्लेषण करें तो जान पड़ता है कि टीकाकरण निर्धारित लक्ष्य से कम है।

तालिका क्रमांक 20 मध्यप्रदेश में गर्भवती महिला एवं बच्चों के टीकाकरण की स्थिति

वर्ष	टीटी गर्भवती महिला	उपलब्धि प्रतिशत में	डीपीटी	उपलब्धि प्रतिशत में	पोलियो	उपलब्धि प्रतिशत में	बीसीजी	उपलब्धि प्रतिशत में	मीजल्स	उपलब्धि प्रतिशत में
2007–08	20.39	95.0	18.96	97.5	18.96	97.7	18.96	105.2	18.96	96.8
2008–09	20.39	93.9	18.96	92.8	18.96	95.0	18.96	102.4	18.96	95.6
2009–10	20.39	91.1	18.96	93.4	18.96	93.2	18.96	96.8	18.96	92.2
2010–11	19.28	87.9	19.28	84.8	19.28	84.9	19.28	83.7	19.28	84.2
2011–12	20.12	66.4	17.21	72.7	17.21	66.2	17.21	74.1	17.21	72.7

उपरोक्त तालिका से स्पष्ट है कि पिछले 5 सालों में टीकाकरण का प्रतिशत लक्ष्य के काफी करीब रहा है। वर्ष 2008 एवं 2009 में बीसीजी का टीकाकरण लक्ष्य से भी अधिक किया गया। विगत वर्ष 2011–12 में टीकाकरण का प्रतिशत लक्ष्य से कम पाया गया जबकि लक्ष्य भी पिछले सालों की तुलना में कम रखा गया था।

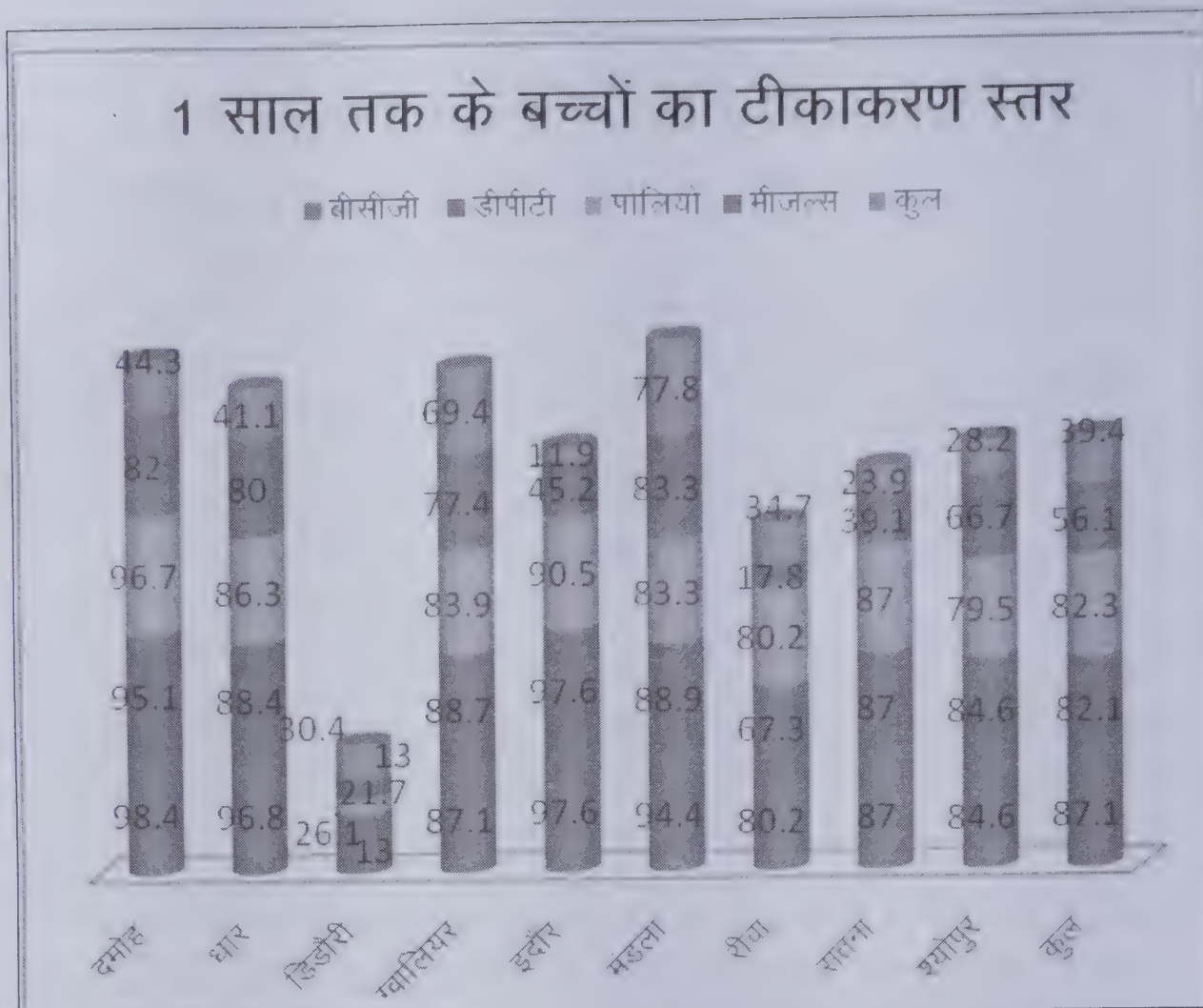
अध्ययनित जिलों में भी टीकाकरण का प्रतिशत बेहतर हुआ है। यद्यपि कि सभी बच्चों का टीकाकरण अभी भी सुनिश्चित नहीं हो सका है, पर बड़ी संख्या में बच्चों की स्वास्थ्य रक्षा हेतु टीकाकरण किया जा रहा है। कुल 487 बच्चों के पालकों से प्राप्त जानकारी के आधार पर 87.1 प्रतिशत बच्चों के पालकों का कहना था कि उनके बच्चों का बीसीजी का टीकाकरण हुआ है। एक साल से कम उम्र के बच्चों का डीपीटी टीकाकरण भी 82.1 प्रतिशत है एवं पोलियो ड्राप भी 82.3 प्रतिशत बच्चों को पिलाया गया है। मीजल्स के टीके का प्रतिशत कम है एवं कुल टीकाकरण की स्थिति भी कमजोर दिखायी देती है। केवल 39.4 प्रतिशत बच्चों को सभी टीके लगे हैं।

तालिका क्रमांक 21 अध्ययनित क्षेत्र में टीकाकरण का स्तर

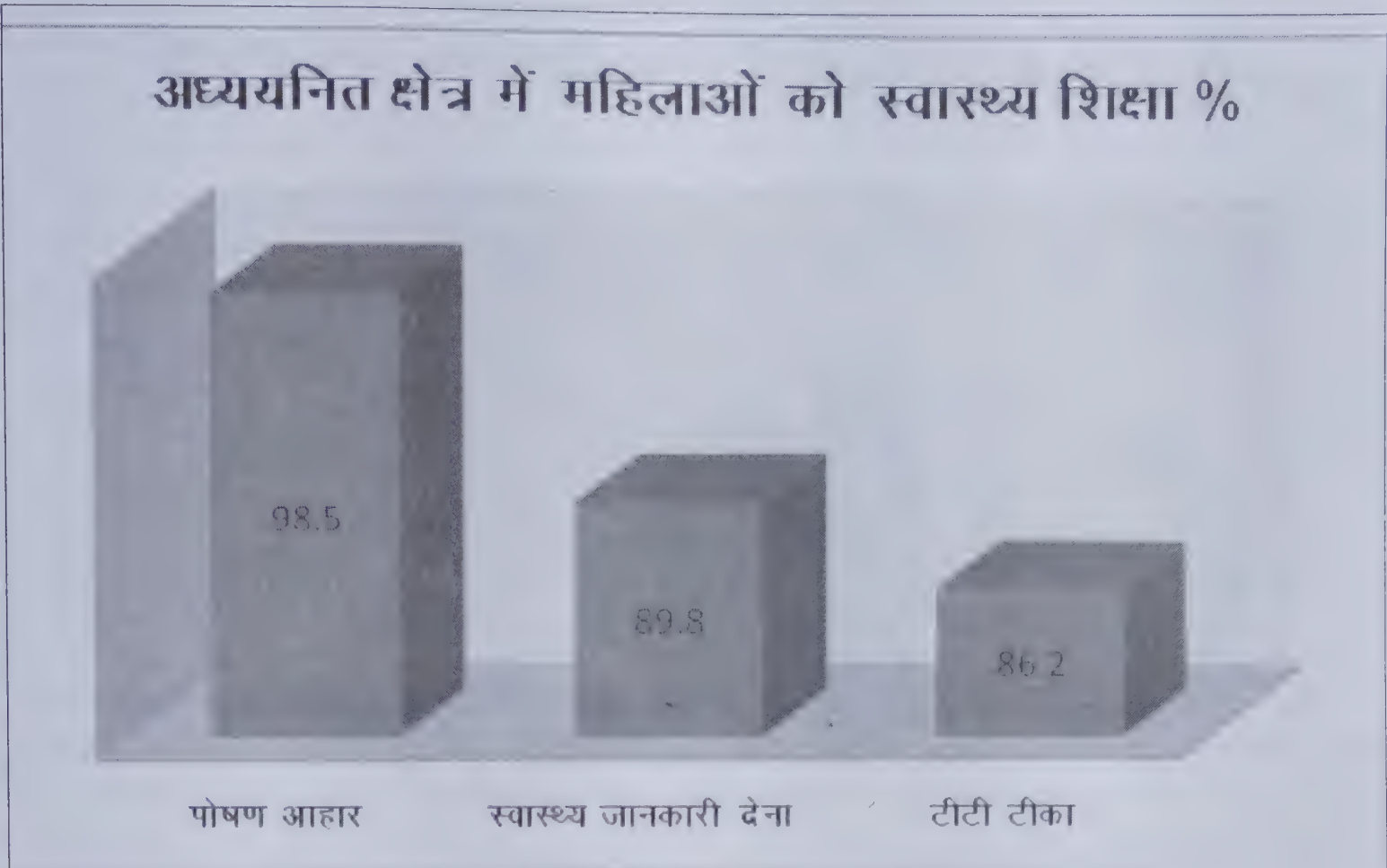
जिला का नाम	टीकाकरण का स्तर					
	बीसीजी	डीपीटी	पोलियो	मीजल्स	कुल	कुल संख्या
दमोह	98.4	95.1	96.7	82.0	44.3	61
धार	96.8	88.4	86.3	80.0	41.1	95
डिंडोरी	26.1	21.7	13.0	13.0	30.4	23
ग्वालियर	87.1	88.7	83.9	77.4	69.4	62
इंदौर	97.6	97.6	90.5	45.2	11.9	42
मंडला	94.4	88.9	83.3	83.3	77.8	18
रीवा	80.2	67.3	80.2	17.8	34.7	101
सतना	87.0	87.0	87.0	39.1	23.9	46
श्योपुर	84.6	84.6	79.5	66.7	28.2	39
कुल	87.1	82.1	82.3	56.1	39.4	487

7.3 मां की देखभाल एवं स्वास्थ्य रक्षा

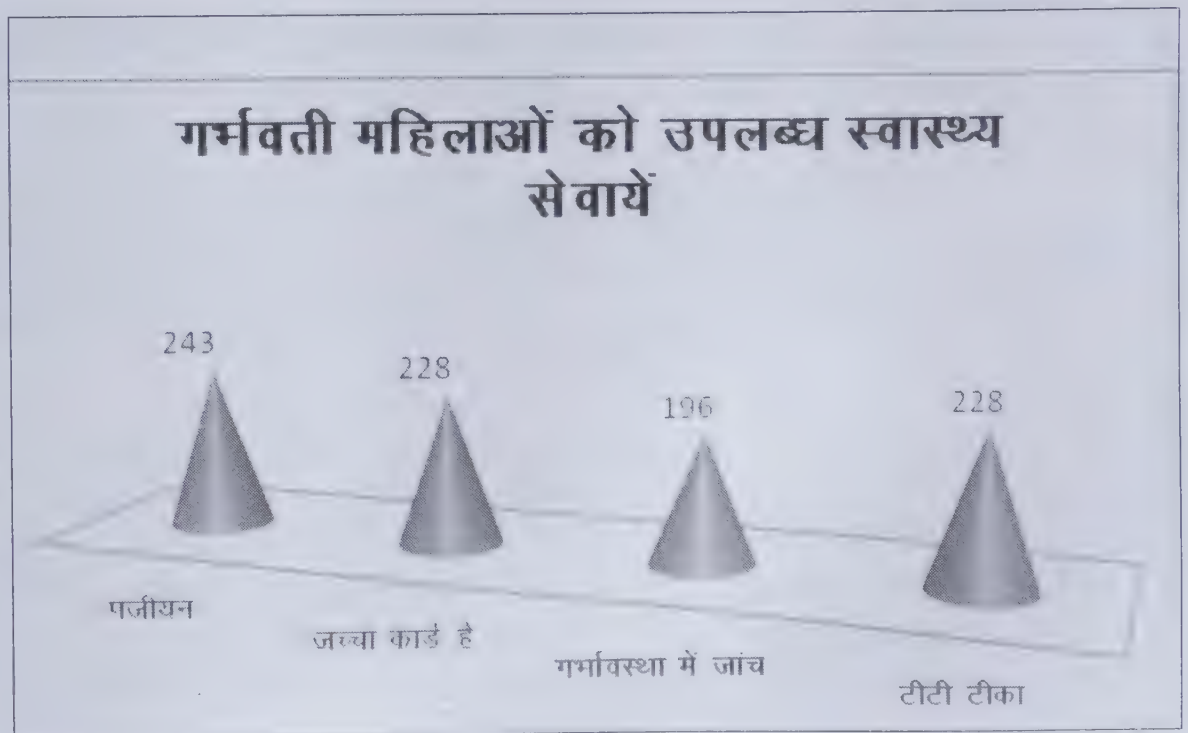
मध्यप्रदेश में मां के स्वास्थ्य की देखभाल एक बड़ी चुनौती है। प्रदेश में महिलाओं की बुरी दशा, भेदभाव व जानकरी की कमी, महिला अधिकारों की अनदेखी आदि कारणों से यह चुनौती ज्यादा बढ़ गयी है। मातृत्व स्वास्थ्य गर्भवती महिलाओं और माताओं के सुरक्षित रहने से कही ज्यादा जरूरी है। मां के रोगों और मौतों के खतरों को कम करने से बच्चों की जीवित रहने की उम्मीदें भी बढ़ जाती हैं। बच्चे के जन्म के डेढ़ माह के अंदर मां की मृत्यु के बाद जन्में बच्चे के भी 2 साल तक मौत का खतरा अधिक रहता है।

मां के स्वास्थ्य को सीधे तौर पर प्रभावित करने वाले मुख्य कारक खून की कमी, तनाव, असंयमित व्यवहार, बांझपन, जख्म बने रहना आदि हैं। इन कारणों से घरेलू समस्यायें, शारीरिक और मानसिक प्रताड़ना, घर टूटने, समाज से बाहर होने जैसी स्थितियां निर्मित होती हैं। मां के स्वास्थ्य रक्षा के लिए गांव स्तर पर आंगनवाड़ी केन्द्रों, आशा और एएनएम की भूमिका को व्यापक बनाया गया है। ये संस्थायें मां के स्वास्थ्य की देखभाल प्रणाली की बुनियाद हैं। इन्हीं के द्वारा मां के स्वास्थ्य की न केवल निगरानी की जाती है बल्कि उन्हें जरूरत के अनुरूप स्वास्थ्य सेवायें एवं परामर्श दिया जाता है। आंगनवाड़ी केन्द्रों के माध्यम से हर गर्भवती महिला का पंजीयन कराया जाता है व स्वास्थ्य देखभाल के लिए नियमित जांच और उचित स्वास्थ्य रक्षा के उपाय किये जाते हैं।

तालिका क्र.22 अध्ययनित क्षेत्र में महिलाओं को स्वास्थ्य शिक्षा

जिला का नाम	पोषण आहार		स्वास्थ्य जानकारी देना		टीटी टीका		कुल महिलायें	
	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%
दमोह	41	91.1	31	68.9	39	86.7	45	100.0
धार	35	100.0	36	100.0	28	100.0	27	100.0
डिंडोरी	5	83.3	5	83.3	4	66.7	6	100.0
ग्वालियर	33	91.7	36	100.0	31	86.1	36	100.0
इंदौर	9	64.3	5	35.7	3	21.4	14	100.0
मंडला	12	80.0	9	60.0	10	66.7	15	100.0
रीवा	33	97.1	31	91.2	27	79.4	34	100.0
सतना	16	100.0	18	100.0	17	100.0	13	100.0
श्योपुर	9	100.0	5	83.3	10	100.0	6	100.0
कुल	**193**	98.5	**176**	89.8	**169**	86.2	**196**	100.0

तालिका 22 से साफ जाहिर होता है कि अधिकांश महिलाओं को स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में जानकारी है और वे उनका लाभ ले रही हैं। यहां यह उल्लेखनीय है कि स्वास्थ्य के बारे में जानकारी प्राप्त करने व पोषण आहार प्राप्त करने के बावजूद रोगों की घटनायें अधिक हो रही हैं एवं उनके लम्बे समय तक बने रहने की घटनायें भी अधिक हैं। अतः रोगों की घटनाओं एवं स्वास्थ्य जागरूकता का अधिक प्रतिशत, दोनों में तालमेल नहीं दिखता। धार एवं सतना जिलों में शत प्रतिशत महिलाओं को पोषण आहार वितरित होता है और स्वास्थ्य की जानकारी भी दी गयी है, बावजूद इसके सतना में प्रति हजार 206 लोग रोगों के शिकार हैं एवं सबसे लम्बे समय तक रोगों की घटनायें भी जिले में पायीं गयीं। इंदौर के शहरी इलाके को छोड़कर सभी क्षेत्रों में गर्भवती महिलाओं को पोषण आहार एवं स्वास्थ्य की जानकारी, टीटी टीका लगाने का प्रतिशत अधिक है।

7.4 जननी सुरक्षा का हाल

गर्भावस्था और बच्चे का जन्म हर मां और पिता के लिए एक सुखद अनुभूति होती है। गर्भावस्था बच्चे का जन्म और मातृत्व, औरतों के लिए एक सम्मान की बात होती है और इनके अधिकार और सामाजिक स्थिति को बिना किसी स्वास्थ्य नुकसान के सुदृढ़ करती है। यदि महिलाओं को सही समय पर मातृत्व व मूलभूत सुविधाएं एवं सेवायें दी जायें तो मातृ मृत्यु को 80 प्रतिशत तक कम किया जा सकता है। जननी सुरक्षा के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत व्यापक उपाय किये गये हैं। अब इन उपायों के नतीजे भी सामने आ रहे हैं, मां और बच्चों की मौतों को रोकने में प्रदेश में सुधार हुआ है। जननी सुरक्षा के मामलों में अब जन्म के समय देखभाल, जन्म के समय प्रशिक्षित स्वास्थ्य कर्मी की उपस्थिति, जरूरत के समय आपातकालीन प्रसव देखभाल सेवा तक पहुंच, उचित पोषण, प्रसव के बाद देखभाल, बेहतर स्वास्थ्य के लिए शिक्षा एवं स्वच्छता पर खास ध्यान दिया जा रहा है।

विगत वर्ष 2010–11 में 86.21 प्रतिशत संस्थागत प्रसव मध्यप्रदेश में हुए जिनमें 90 प्रतिशत जननी सुरक्षा योजना के तहत लाभार्थी थे। इसी वर्ष में 7.9 प्रतिशत प्रसव घरों में प्रशिक्षित स्वास्थ्य कर्मियों के द्वारा कराये गये। अध्ययनित 9 जिलों में कुल 253 गर्भवती महिलाओं से बातचीत की गयी जिसमें सर्वाधिक 173 महिलायें आदिवासी समुदाय से हैं। आदिवासी समुदाय की 7, अनुसूचित जाति की 1 एवं पिछड़े वर्ग की 2 महिलाओं को छोड़कर सभी 243 महिलाओं का पंजीयन किया गया है।

तालिका क्रमांक 23 अध्ययनित क्षेत्र में जननी को स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ

जिला का नाम	अजा	अजजा	पिछड़ा वर्ग	सामान्य	पंजीयन	जच्चा कार्ड है	गर्भावस्था में जांच	टीटी टीका	कुल
दमोह	3	14	16		33	33	33	33	33
धार	1	25	2		28	26	25	27	28
ग्वालियर	12	1	25	2	39	39	37	39	40
इंदौर		6			5	5	5	4	6
मंडला		11			11	11	8	11	11
रीवा	4	47	4		51	43	38	47	55
सतना		38	3		40	39	27	38	41
श्योपुर		31	8		36	32	23	29	39
कुल	20	173	58	2	243	228	196	228	253

पंजीकृत गर्भवती महिलाओं में से 228 यानि 90 प्रतिशत के पास जच्चा बच्चा कार्ड है एवं 196 यानि 77.5 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं की स्वास्थ्य जांच की गयी है। 26 प्रतिशत महिलाओं की खून की जांच हुई है एवं 24.5 प्रतिशत महिलाओं की खून एवं पेशाब की जांच की गयी। 28 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं की सभी जाचें यानी खून, पेशाब, पेट, ब्लड प्रेशर, एनीमिया आदि जांच हुई है जबकि 21.5 प्रतिशत महिलाओं ने जांच के बारे में कोई जानकारी नहीं दी। 90 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को टीटी के टीके भी लगाये गये हैं। 84 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं ने आयरन टेवलेट प्राप्त करने के बारे में बताया जिसमें 15 प्रतिशत ने 50 से कम एवं 62 प्रतिशत ने 50 से 100 एवं 5 प्रतिशत ने 100 से अधिक आयरन टेबलेट प्राप्त किया। 18 प्रतिशत महिलाओं ने आयरन टेबलेट के बारे में जानकारी नहीं दी। अधिकांश महिलायें आयरन टेवलेट का इस्तेमाल नहीं करती हैं। केवल 19 महिलाओं ने ही पूरे टेबलेट इस्तेमाल करने के बारे में बताया।

7.5 प्रसव सेवाओं का लाभ

जननी सुरक्षा योजना के तहत संस्थागत प्रसव के लिए लोगों में जागरूकता और रूझान बढ़ा है। अब ज्यादातर मामलों में गर्भवती महिलायें प्रसव हेतु स्वास्थ्य केन्द्रों में जाने लगी हैं। इस सेवा का लाभ लेने के कारण प्रसव के समय होने वाले खतरे कम हुए हैं। अध्ययनित जिलों में 48 प्रतिशत प्रसव प्रशिक्षित एएनएम एवं नर्सों द्वारा, 20 प्रतिशत महिला डाक्टर द्वारा एवं 7.5 प्रतिशत दाईयों द्वारा किए गये।

तालिका क्रमांक 24 अध्ययनित क्षेत्र में संस्थागत प्रसव की स्थिति

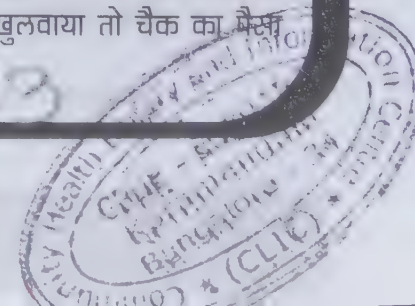
जिला का नाम	घर में		उप स्वास्थ्य केन्द्र		प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र		सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र		प्रायवेट अस्पताल		कुल	
	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%
दमोह	2	6.1	1	3.0		0.0	28	84.8	2	6.1	33	100.0
धार	8	28.6		0.0	2	7.1	15	53.6	3	10.7	28	100.0
ग्वालियर	2	5.0	9	22.5	4	10.0	13	32.5	12	30.0	40	100.0
इंदौर	1	16.7		0.0		0.0	2	33.3	3	50.0	6	100.0
मंडला	8	72.7	1	9.1	1	9.1	1	9.1		0.0	11	100.0
रीवा	14	25.5	18	32.7	1	1.8	22	40.0		0.0	55	100.0
सतना	14	34.1		0.0	10	24.4	16	39.0	1	2.4	41	100.0
श्योपुर	4	10.3		0.0	19	48.7	15	38.5	1	2.6	39	100.0
कुल	**53**	**20.9**	**29**	**11.5**	**37**	**14.6**	**112**	**44.3**	**22**	**8.7**	**253**	**100.0**

प्रसव के लिए अस्पताल पहुंचने के लिए 71 प्रतिशत महिलाओं ने जननी सुरक्षा हेतु उपलब्ध वाहन का उपयोग किया जबकि 29 प्रतिशत ने अपनी निजी वाहन, मोटर सायकिल, बस आदि के द्वारा अस्पताल तक पहुंची। 59 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं के साथ आशा कार्यकर्ता अस्पताल तक गयीं और उनका सहयोग प्राप्त हुआ। 73 प्रतिशत महिलाओं ने बताया कि अस्पताल में डाक्टर एवं नर्स का पूरा सहयोग मिला। अस्पताल में प्रसव के लिए जाने वाली सभी महिलाओं ने बताया कि उन्हें प्रसव के दौरान जननी सुरक्षा योजना के तहत रू 1400 प्राप्त हुए। परन्तु इनमें से 68 प्रतिशत महिलाओं ने इस राशि का उपयोग घर के राशन, बच्चों के कपड़े, अन्य घरेलू कामों में व्यय कर दिया।

79.4 प्रतिशत प्रसव सामान्य हुए जबकि 4.3 प्रतिशत मामलों में जटिलतायें आयीं। केवल 1 मामले में सिजेरियन आपरेशन के द्वारा प्रसव हुआ। 8.9 प्रतिशत मामलों में रेफर किया गया जबकि 91 प्रतिशत अस्पताल पहुंचने वाले प्रसव के मामलों की देखभाल उसी स्वास्थ्य केन्द्र पर हुई। 46.6 प्रतिशत महिलाओं के प्रसव के लिए अस्पताल में 300 रू, 13.4 प्रतिशत के 500, 16. 3 प्रतिशत के 1000 एवं अन्य 23.7 प्रतिशत महिलाओं के 1000 से अधिक व्यय हुए। इन खर्चों में सबसे अधिक व्यय नर्सों को देने में हुआ। 72 प्रतिशत महिलाओं ने बताया कि नर्सों को 50 से 500 रू तक दिये। दूसरा सबसे बड़ा खर्च जांच में किया गया जिसमें 28 प्रतिशत महिलाओं ने बताया कि जांच में उन्होंने 50 से 4000 तक व्यय किया।

कुल 13 प्रसव एवं उसके बाद के मामलों में मौत के मामले सामने आये, जिनमें एक मातृ मृत्यु से संबधित था जबकि अन्य 12 मामलों में 2 बुखार एवं 2 मामले कमजोरी के बताये गये।

श्योपुर के भोटूपुरा गांव की एक महिला ने बताया कि जब मुझे प्रसव पीड़ा हुई तो मेरे पति ने अस्पताल में फोन लगाया किंतु फोन नहीं लगा फिर नर्स व ए.एन.एम. को फोन लगाया तो नर्स ने कहा कि अभी रात का समय हैं गाड़ी वाले का फोन बंद हैं इसलिये गांव से साधन कर लो। गांव में मोटर साइकिल वाले 300 रू. मांग रहे थे, हमारे पास 300रू. देने के लिये नहीं थे। इसलिये मैं बड़ी पीड़ा झेलती रही। सुबह 4 बजे जाकर मेरी डिलेवरी हुई प्रसव गांव की महिलाओं द्वारा कराया गया। हालात खराब होने के कारण तीन दिन तक बच्चे को दूध नहीं पिला सकी। बच्चे को गाय का ऊपर का दूध पिलाया गया। हमारे घर आंगनबाड़ी कार्यकर्ता, आशा, ए.एन.एम. कोई भी नहीं आया। मेरे बच्चे को 12-15 दिन बाद उल्टी दस्त होने लगे थे उसके बाद कराहल प्राइवेट डॉक्टर को हमने दिखाया और बच्चा तीन-चार दिन में ठीक हुआ। उसके तीन माह बाद बच्चे को पीलिया हो गया। आशा के द्वारा स्वास्थ्य संबंधी कोई जानकारी नहीं दी गई। यदि आशा या नर्स के द्वारा स्वास्थ्य संबंधी जानकारी दी जाती तो मेरा बच्चा बार-बार बीमार नहीं पड़ता।

ग्राम उँचीखोरी ब्लॉक कराहल जिला श्योपुर मध्यप्रदेश का एक बाहुल्य गांव हैं जो ब्लांक से लगभग 10 किलोमीटर की दूरी पर बसा है गांव में सभी आदिवासी समुदाय के लोग रहते हैं। इसी गांव की सखी आदिवासी जब गर्भवती थी तब आंगनबाड़ी कार्य कर्ता द्वारा या किसी अन्य सदस्य द्वारा उन्हें गर्भावस्था में बरतने वाली सावधानियां नहीं बताई गई। जब प्रसव का समय आया तो अस्पताल फोन नहीं लगा उसके बाद गांव से ट्रेक्टर किया जिसका किराया देने के लिये ब्याज पर 1000रू. उधार लिये। जब प्रसव के लिये अस्पताल जा रहे थे तो रास्ता कच्चा होने के कारण ट्रैक्टर में ही प्रसव हो गया। उसके बाद अस्पताल कराहल पहुँचे वहां जाकर नर्स ने हमसे 300रू. व दाई ने 130 रू. लिये और ट्रैक्टर वाले को 350 रू. दिये। इस तरह 760 रू. खर्च हुये। अस्पताल से चैक मिला लेकिन खाता न खुल पाने के कारण एक माह बाद जब खाता खुलवाया तो चैक का पैसा मिला। वह पैसा तो खाता खुलवाने में ही चला गया।

डिंडौरी जिले में सुरक्षित प्रसव की व्यवस्था नहीं

डिंडौरी जिले के करंजिया ब्लाक के ग्राम खारडी में रम्मू बैगा की पत्नी सुखिया (परिवर्तित नाम) की मौत समय से उपचार न मिलने के कारण हो गयी। आमतौर पर बैगा समुदाय में संस्थागत प्रसव में रूचि नहीं है। बैगा महिलाओं में जानकार दाईयां सभी गांवों में हैं जो बेहद कुशलता से बच्चों का जन्म कराती हैं। पर वर्तमान संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने वाली व्यवस्था ही मौत का कारण बन जायेगी, इसका अंदाज बम्मू को नहीं था। गांव के छोटे किसान परिवार बम्मू की पत्नी बुधिया गर्भवती हुई तो गांव की स्वास्थ्य व्यवस्था ने उसकी सुध नहीं ली। उसे न तो स्वास्थ्य संबंधी कोई सलाह दी गयी और न हीं टीकाकरण किया गया। पर जब प्रसव का समय आया तो आशा कार्यकर्ता ने उसे संस्थागत प्रसव की समझाइश दी। बुधिया के परिवार वालों ने भी प्रसव के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ले जाने के लिए स्वीकृति दे दी। प्रसव की संभावना को देखते हुए बुधिया को बहारपुर पीएचसी ले जाया गया। वहां मौजूद एएनएम ने करंजिया सीएचसी रेफर कर दिया। वहां पहुचते बुधिया की हालत ज्यादा बिगड़ गयी। करंजिया सीएचसी में भी स्त्री एवं प्रसूति रोग विशेषज्ञ नहीं है। वहां से जबलपुर रेफर कर दिया गया। बम्मू की पहुंच जबलपुर तक नहीं हो सकी और वास घर आये, मां और बच्चे दोनों की मौत हो गयी। बुधिया को बताया गया था की बच्चा उल्टा हो गया है। बैगा दाइयों का कहना है कि हम उल्टे बच्चे का प्रसव कराने में सक्षम हैं। अगर बुधिया का अस्पताल नहीं ले जाते तो शायद वह बच जाती। बुधिया को त्वरित उपचार के लिए न तो एम्बुलेंस उपलब्ध करायी जा सकी और न ही पीएसी से जिला अस्पताल तक का स्वास्थ्य सेवाओं का ढांचा उसकी मौत को रोक सका।

ग्राम खारीडीह में कुछ दिनों बाद ही यही घटना दोबारा से घटी। इस बार भी एक मां और बच्चे की मौत हो गयी क्योंकि उन्हें समय से उपचार नहीं मिल सका। एक ही गांव में 2 घटनाओं के बावजूद स्वास्थ्य प्रशासन घटना को दबाने व उन परिवारों को लाभ दिलाने का आश्वासन देने में ही लगा रहा। परिवार से अपनी मर्जी से बुधिया का घर ले जाने के लिए दस्तखत भी करवा लिया। परिवार को तो कोई लाभ नहीं मिला। स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार का कोई प्रयास भी अभी तक नहीं नजर आया। बहारपुर पीएचसी में अभी भी न तो डाक्टर आये हैं और न ही वहां पर प्रसव कराने के लिए जरूरी सुविधायें उपलब्ध करायी गयी हैं। यहां अस्पताल प्रांगण में केवल घास और बिल्डिंग का ढांचा ही नजर आता है। एक एएनएम रहती है, इन्हीं के भरोसे आसपास के कई गांव हैं। पीएचसी ही नहीं सीएचसी और जिला अस्पताल में भी केवल बिल्डिंग दिखायी देती है।

गांव के लोगों को स्वास्थ्य सेवाओं की खस्ता हालत देखकर चिंता हुई तो आसपास की कई पंचायतों ने ग्रामसभा से प्रस्ताव पास करके शासन को स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार लाने और डाक्टर उपलब्ध कराने का अनुरोध भेजा। परन्तु अभी तक डिंडौरी में प्रसव के लिए समुचित स्वास्थ्य सेवाओं की व्यवस्था कायम नहीं हो सकी है। दरअसल जिला प्रशासन ही नहीं प्रदेश के प्रशासन को भी डिंडौरी की हालत के बारे में पता है। बावजूद इसके डिंडौरी जैसे आदिवासी बहुल और प्रदेश की संरक्षित श्रेणी में आने वाले बैगा क्षेत्र में स्वास्थ्य सेवाओं की पुख्ता व्यवस्था कायम करने के लिए ठोस कदम नहीं उठाया गया है।

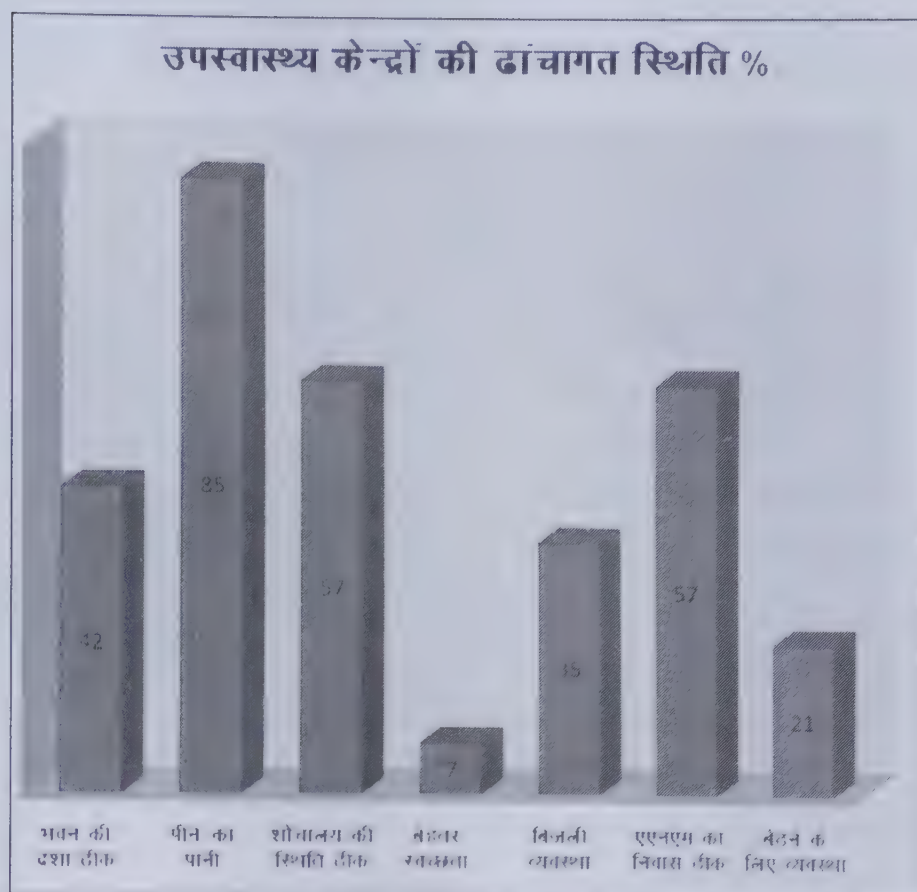
सतना जिले के मझंगवा ब्लाक से 9 किलोमीटर दूर ग्राम चितहरा है। 23 वर्षीय कैलसिया बाई कोल का प्रसव का समय आया तो जननी सुरक्षा एक्सप्रेस को फोन द्वारा सूचना दी तो सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मझगंवा ले गई। वहां पर नार्मल प्रसव हुआ और नर्स महिला डॉक्टर द्वारा मेरी देखभाल की गई, आशा कार्यकर्ता मेरे साथ में रही और सहयोगी में मेरी सास थी। कैलसिया बाई ने बताया कि मेरे अन्य गांव की गर्भवती माताओं, शांतिबाई बहेलिया, अंजू बाई गीता बाई कोल, ममता, सीमा सिंह गोंड कई महिलाओं का प्रसव सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मझगंवा में हुआ है और जननी सुरक्षा की लाभार्थी बनी और उसके बाद 1400 रू. की राशि का चैक प्राप्त किया। कुछ महिलाओं ने उस राशि से खाने-पीने की सामग्री प्राप्त की और स्वास्थ्य की सीख भी मिली हमारे गांव में सभी महिलाएं स्वास्थ्य सेवा का भरपूर लाभ लेती हैं।

प्रसव के उपरोक्त अनुभवों में जहां कुछ कड़वे अनुभव स्वास्थ्य सेवाओं के रहे वहीं कुछ अच्छे अनुभव भी सामने आये। जननी सुरक्षा योजना के लागू होने के बाद प्रदेश में संस्थागत प्रसव में बुद्वि हुई है। गांवों व शहरों के सरकारी अस्पतालों में प्रसव के लिए महिलाएं बड़ी संख्या में पहुंच रही हैं। इन अस्पतालों में सभी महिलाओं और बच्चों के लिए गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराना एक बड़ी चुनौती के रूप सामने है। हम प्रसव के उपरोक्त अनुभवों को देखें तो जाहिर है कि महिलाओं को प्रसव के दौरान कई तरह की कठिनाइयां सहनी पड़ रही है। जननी सुरक्षा की राशि तो मिल रही है पर अनके अनुभवों से सामने आया कि इस राशि का अधिकांश हिस्सा अस्पताल में ही व्यय हो जाता है।

7.6 उपस्वास्थ्य केन्द्रों की स्थिति एवं सेवायें

उपस्वास्थ्य केन्द्र ग्रामीण समुदाय एवं स्वास्थ्य सेवाओं के बीच प्राथमिक कड़ी है। यहां बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल सेवायें उपलब्ध करायी जाती है। अध्ययनित जिलों में उपस्वास्थ्य केन्द्रों के वर्तमान स्तर को समझने के लिए जानकारी एकत्र की गयी है।

7.4.1 उपस्वास्थ्य केन्द्रों की ढांचागत स्थिति

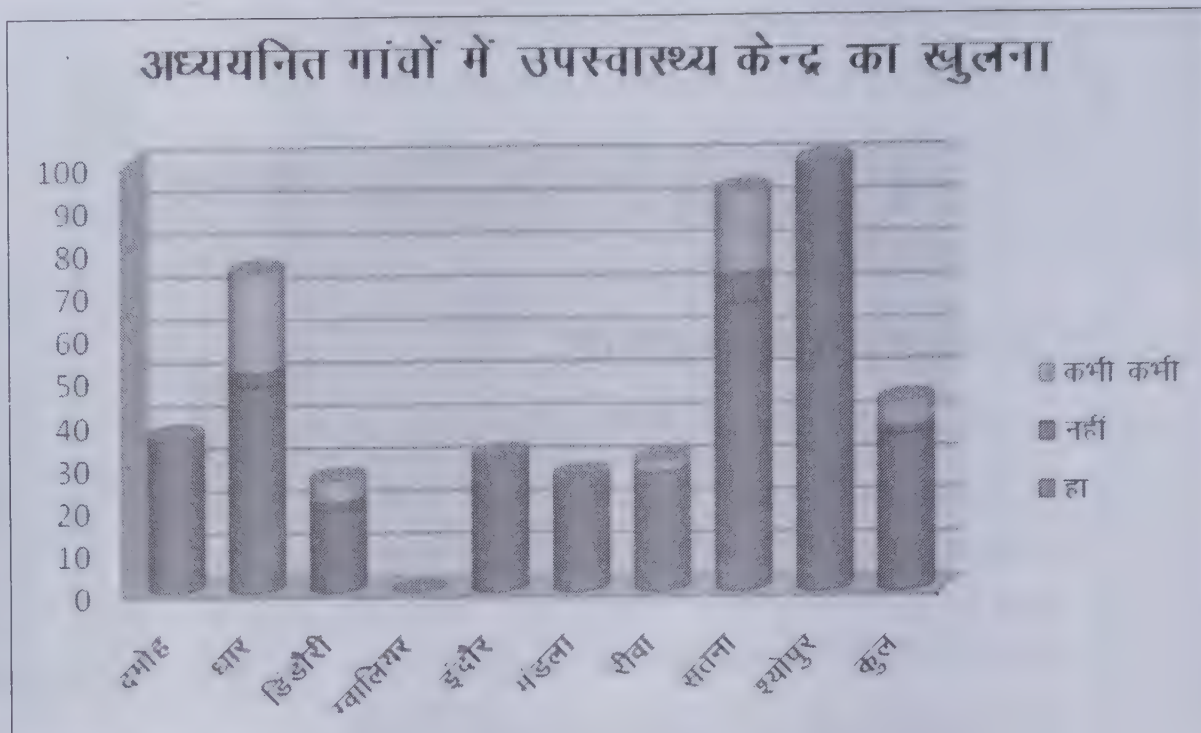
ढांचागत सुविधाएं उपस्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या भवन की दशा ठीक 6 पीने का पानी 12 शौचालय की स्थिति ठीक 8 बेहतर स्वच्छता 1 बिजली व्यवस्था 5 एएनएम का निवास ठीक 8 बैठने के लिए व्यवस्था 3 उपस्वास्थ्य केन्द्र जो स्थानीय स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं की पहली कड़ी हैं। इन केन्द्रों में बेहतर व्यवस्था और संचालन से लोगों का विश्वास स्वास्थ्य सेवाओं पर बढ़ेगा। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत इन केन्द्रों के रखरखाव व बेहतरी के लिए हर साल के लिए रू 20000 की राशि भी निर्धारित की गयी है। परन्तु इन केन्द्रों की हालत अभी सुधरी नहीं है। अध्ययनित 14 उपस्वास्थ्य केन्द्रों में से 9 आदिवासी इलाकों से हैं जहां औसतन 3641 की जनसंख्या पर एक उपस्वास्थ्य केन्द्र स्थित है। इन 9 आदिवासी क्षेत्रों के किसी भी केन्द्र पर बिजली कनेक्शन नहीं है। 14 में से 6 केन्द्रों की भवन की दशा अच्छी है जबकि 6 की हालत मध्यम दर्जे की है एवं 2 केन्द्रों के भवन खराब हालत में हैं। इन स्वास्थ्य केन्द्रों में से केवल एक में ही स्वच्छता की स्थिति बेहतर पायी गयी जबकि अन्य में स्वच्छता का स्तर ठीक नहीं था, साथ ही केवल 3 केन्द्रों में बैठने की ठीक व्यवस्था थी।

तालिका क 25 अध्ययन क्षेत्र में उपस्वास्थ्य केन्द्रों की भौतिक स्थिति

ढांचागत सुविधाएं	उपस्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या
भवन की दशा ठीक	6
पीने का पानी	12
शौचालय की स्थिति ठीक	8
बेहतर स्वच्छता	1
बिजली व्यवस्था	5
एएनएम का निवास ठीक	8
बैठने के लिए व्यवस्था	3

7.4.2 उपस्वास्थ्य केन्द्रों में स्वास्थ्य सेवा प्रदाता की स्थिति

अध्ययनित गांवों के उपस्वास्थ्य केन्द्रों में 3 में केवल एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता नियुक्त है, 8 केन्द्रों में 2 स्वास्थ्य कार्यकर्ता नियुक्त थे जबकि अन्य में 2 से अधिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता पाये गये। 5 केन्द्रों में स्वास्थ्य कार्यकर्ता निवास करते हैं जबकि 3 लोग तहसील स्तर पर निवास करते है एवं 6 जिला मुख्यालय या दूसरे शहर से आते हैं। जिन केन्द्रों में स्वास्थ्य कार्यकर्ता नहीं रहते हैं वहां स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का नियमित केन्द्रों पर पहुंचने व सेवा प्रदान करने की निश्चितता नहीं है।

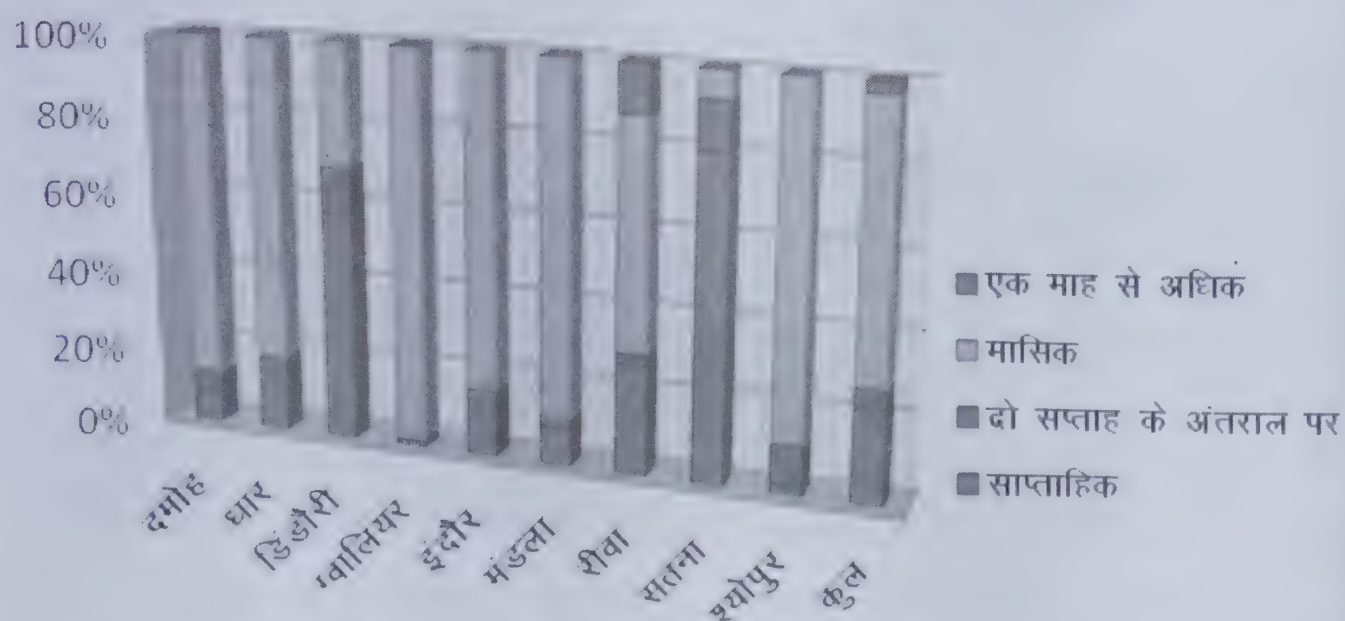
7.4.3 उपस्वास्थ्य केन्द्रों में दवाएं एवं उपकरण

इन केन्द्रों पर पैरासिटामाल, आयरन टेबलेट, विटामिन ए, क्लोरोक्वीन, ओआरएस, मेबेंडाजोल, मरहम आदि दवायें एवं स्टेथेस्कोप, थर्मामीटर, हीमोग्लोबिनोमीटर, वजन मशीन एवं आइस बाक्स आदि मौजूद थे। 2 केन्द्रों पर दवाओं एवं उपकरणों की स्थिति ठीक नहीं थी। 7 केन्द्रों को रू. 10000 एवं 3 केन्द्रों को 20000 रू पिछले एक साल में प्राप्त हुए थे जो केन्द्र के मेंटीनेंस एवं प्रशासकीय कामों में व्यय किये गये। इन केन्द्रों के जरिये 1213 पीएनसी एवं 298 एएनसी किये गये। 3065 मलेरिया की रक्त पट्टियां बनायी गयीं। 27 मामलों को रेफर किया गया। 3605 लोगों की काउंसलिंग की गयी एवं 3720 टीकाकरण किया गया।

7.4.5 उपस्वास्थ्य केन्द्रों की सेवाओं के बारे में समुदाय की राय

उपस्वास्थ्य केन्द्रों के संचालन और उसकी सेवाओं के बारे में गांव के लोगों की राय जानी गयी। 36.7 प्रतिशत लोगों ने बताया कि उपस्वास्थ्य केन्द्र नियमित रूप से खुलता है जबकि केवल 1.3 प्रतिशत लोगों को कहना था नहीं खुलता है। 6.2 प्रतिशत लोगों का कहना था कि उपस्वास्थ्य केन्द्र कभी कभी खुलता है।

उपरोक्त तालिका से स्पष्ट है कि सबसे अधिक यानि 100 प्रतिशत श्योपुर के लोगों ने बताया कि उपस्वास्थ्य केन्द्र नियमित खुलता है। सबसे अधिक 92 प्रतिशत मंडला में लोगों ने बताया कि उपस्वास्थ्य केन्द्र से दवा गोली मिलती है। ग्वालियर में लोगों ने उपस्वास्थ्य न खुलने की बात बतायी, दरअसल ग्वालियर में शहरी क्षेत्र में सर्वे किया गया था और उपस्वास्थ्य केन्द्र नहीं है। पर जब दवा मिलने के सवाल पर 60 प्रतिशत लोगों ने बताया कि स्वास्थ्य केन्द्र से दवा गोली मिलती है। वहां के लोगों ने शहरी डिस्पेंसरी को ही स्वास्थ्य केन्द्र मानकर जानकारी दी। इंदौर के शहरी इलाके में इसके विपरीत उपस्वास्थ्य केन्द्र खुलने की बात की पर दवा गोली न मिलने की बात बतायी।

तालिका क्रमांक 26 अध्ययनित क्षेत्र में उपस्वास्थ्य केन्द्र की स्थिति

जिला का नाम	उपस्वास्थ्य केन्द्र का खुलना						दवा गोली मिलती है		कुल
	हां		नहीं		कभी कभी				
	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या
दमोह	31	36.5		0.0		0.0		0.0	85
धार	46	48.4	3	3.2	22	23.2	13	13.7	95
डिंडोरी	11	19.3	1	1.8	3	5.3	11	19.3	57
ग्वालियर		0.0		0.0		0.0	48	60.0	80
इंदौर	21	31.8		0.0		0.0		0.0	66
मंडला	10	27.0		0.0		0.0	34	91.9	37
रीवा	31	27.9		0.0	3	2.7	3	2.7	111
सतना	39	67.2	4	6.9	11	19.0	4	6.9	58
श्योपुर	43	100.0		0.0		0.0		0.0	43
कुल	**232**	**36.7**	**8**	**1.3**	**39**	**6.2**	**113**	**17.9**	**632**

7.5 एएनएम की सेवायें

कुल 632 परिवारों से प्राप्त जानकारी के आधार पर 76.5 प्रतिशत को पता है कि उनके गांव में कौन एएनएम है। महिलाओं से एएनएम के गांव में आने के बारे में पूछने पर बताया गया कि एएनएम गांव में आती है पर उनका आने का मकसद केवल टीकाकरण ही रहता है।

तालिका क्रमांक 27 अध्ययनित क्षेत्र में एएनएम की सेवाओं की स्थिति

जिला का नाम	साप्ताहिक	दो सप्ताह के अंतराल पर	मासिक	एक माह से अधिक	कुल
दमोह	7.9	5.3	86.8	0.0	100.0
धार	18.7	0.0	81.3	0.0	100.0
डिंडोरी	57.7	11.5	30.8	0.0	100.0
ग्वालियर	0.0	1.5	98.5	0.0	100.0
इंदौर	16.7	0.0	83.3	0.0	100.0
मंडला	9.4	3.1	87.5	0.0	100.0
रीवा	27.4	2.8	57.5	12.3	100.0
सतना	80.7	12.3	7.0	0.0	100.0
श्योपुर	2.5	10.0	87.5	0.0	100.0
कुल	**23.6**	**4.6**	**69.2**	**2.6**	**100.0**

प्राप्त जानकारी के अनुसार 23.6 प्रतिशत एएनएम के बारे में बताया गया कि हर सप्ताह उनका गांव में दौरा होता है। नियमानुसार कम से कम 15 दिन में एक बार गांव में एएनएम को दौरा होना चाहिए पर केवल 4.6 प्रतिशत एएनएम ही 15 दिन के अंतराल पर गांव में जाती हैं। 69 प्रतिशत एएनएम गांव में माह में एक बार ही जाती हैं। साफ जाहिर है कि एएनएम का गांव में नियमित दौरा नहीं हो रहा है।

एएनएम की सेवाओं के बारे में लोगों का अनुभव बताता है कि एएनएम द्वारा सबसे अधिक गर्भावस्था देखभाल एवं टीकाकरण पर जोर दिया जाता है। 78.3 प्रतिशत परिवारों में बताया गया कि एएनएम गर्भावस्था जांच एवं देखभाल का काम करती है एवं 75.8 प्रतिशत लोगों का कहना था कि एएनएम टीकाकरण का काम करती है।

तालिका क्रमांक 28 अध्ययनित क्षेत्र में एएनएम की सेवाओं के बारे में समुदाय की राय

जिला का नाम	गर्भावस्था जांच एवं देखभाल		टीकाकरण		गृहभेंट		दवा देना		प्रसव के बाद जांच		स्वास्थ्य शिक्षा		मलेरिया जांच		कुल
	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या
दमोह	80	94.1	74	87.1	20	23.5	7	8.2	13	15.3	43	50.6	29	34.1	85
धार	90	94.7	91	95.8	46	48.4	11	11.6	60	63.2	79	83.2	90	94.7	95
डिंडोरी	34	59.6	20	35.1	14	24.6	11	19.3	16	28.1	11	19.3	30	52.6	57
ग्वालियर	67	83.8	67	83.8	34	42.5	30	37.5	34	42.5	35	43.8	29	36.3	80
इंदौर	23	34.8	21	31.8	3	4.5	1	1.5	1	1.5	2	3.0	3	4.5	66
मंडला	32	86.5	33	89.2	25	67.6	28	75.7	27	73.0	19	51.4	28	75.7	37
रीवा	92	82.9	94	84.7	76	68.5	53	47.7	77	69.4	84	75.7	77	69.4	111
सतना	50	86.2	40	69.0	28	48.3	31	53.4	34	58.6	38	65.5	23	39.7	58
श्योपुर	27	62.8	39	90.7	10	23.3	5	11.6	5	11.6	22	51.2	25	58.1	43
कुल	**495**	**78.3**	**479**	**75.8**	**256**	**40.5**	**177**	**28.0**	**267**	**42.2**	**333**	**52.7**	**334**	**52.8**	**632**

7.6 आशा की सेवायें

आशा गांव स्तर पर समुदाय एवं स्वास्थ्य सेवाओं के बीच एक महत्वपूर्ण कड़ी है जो महिलाओं को स्वास्थ्य सेवा से जोड़ने का काम करती है। अध्ययनित सभी गांवों में आशा कार्यकर्ता नियुक्त हैं। अध्ययनित गांवों में 63.4 प्रतिशत लोगों को अपने गांव की आशा कार्यकर्ता के बारे में पता है जबकि 36.6 प्रतिशत लोगों को अभी भी आशा के बारे में जानकारी नहीं है। आशा के काम के बारे में लोगों को पूरी तरह से जानकारी नहीं है। अध्ययनित जिलों में 53.2 प्रतिशत लोगों ने बताया कि आशा कार्यकर्ता गर्भवती महिलाओं को स्वास्थ्य के बारे में जानकारी और परामर्श देती है। सबसे अधिक लोगों को यह जानकारी है कि

तालिका क्रमांक 29 अध्ययनित क्षेत्र में आशा की सेवाओं के बारे में समुदाय की राय

जिला का नाम	गर्भवती महिलाओं को स्वास्थ्य सलाह		संस्थागत प्रसव के लिए गर्भवती महिलाओं को प्रेरित करना		टीकाकाकरण में मदद		स्वास्थ्य समिति की बैठक कराना		अन्य काम		दवा गोली देना		कुल	
	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%	संख्या	%
दमोह	34	40.0	44	51.8	50	58.8	8	9.4	29	34.1	32	37.6	85	100.0
धार	74	77.9	83	87.4	85	89.5	6	6.3	78	82.1	73	76.8	95	100.0
डिंडौरी	21	36.8	4	7.0	4	7.0	8	14.0	8	14.0	9	15.8	57	100.0
ग्वालियर	33	41.3	33	41.3	35	43.8	12	15.0	14	17.5	23	28.8	80	100.0
इंदौर	19	28.8	21	31.8	15	22.7	5	7.6	8	12.1	12	18.2	66	100.0
मंडला	17	45.9	33	89.2	14	37.8	5	13.5	22	59.5	6	16.2	37	100.0
रीवा	91	82.0	97	87.4	93	83.8	37	33.3	92	82.9	93	83.8	111	100.0
सतना	31	53.4	31	53.4	31	53.4	14	24.1	20	34.5	28	48.3	58	100.0
श्योपुर	16	37.2	18	41.9	21	48.8	9	20.9	18	41.9	9	20.9	43	100.0
कुल	**336**	**53.2**	**364**	**57.6**	**348**	**55.1**	**104**	**16.5**	**289**	**45.7**	**285**	**45.1**	**632**	**100.0**

आशा कार्यकर्ता गर्भवती महिलाओं को अस्पताल पहुंचाने का काम करती है। इस सबंध में 57.6 प्रतिशत लोगों ने बताया है। धार और रीवा जिले में सबसे अधिक लोगों ने आशा के अनेक कामों के बारे में अपनी राय जाहिर की है। डिंडौरी जिले में सबसे कम लोगों को आशा के काम के बारे में जानकारी है। डिंडौरी जिले के गांवों में अभी लोगों का विश्वास गांव की दाई में बना हुआ है, लोग आशा के काम को कम महत्व देते हैं।

झोलाछाप कर रहे बच्चों की जिंदगी से खिलवाड़

फिर शुरू होगी धरपकड़

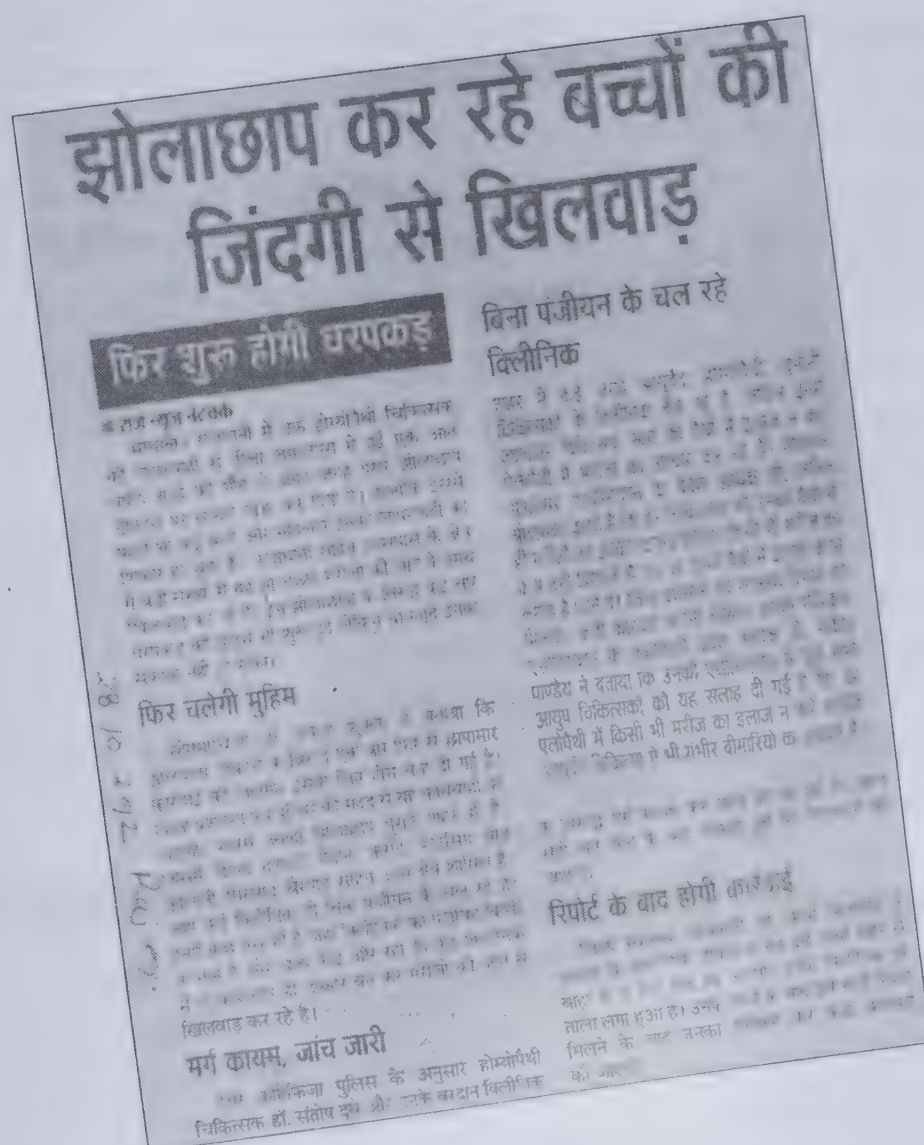
बिना पंजीयन के चल रहे क्लीनिक

पाण्डेय ने बताया कि उनकी ... आयुष चिकित्सकों को यह सलाह दी गई है ... एलोपैथी में किसी भी मरीज का इलाज न करें ... गंभीर बीमारियों के ...

फिर चलेगी मुहिम

... खिलवाड़ कर रहे हैं।

रिपोर्ट के बाद होगी कार्रवाई

मर्ग कायम, जांच जारी

उपस्वास्थ्य केन्द्र सातउमरी

उपस्वास्थ्य केन्द्र स्थानीय स्तर पर स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने का मुख्य केन्द्र होता है, यहां स्वास्थ्य से संबंधित बुनियादी सुविधाएं उपलब्ध होती हैं। पर धार जिले के सातउमरी उपस्वास्थ्य केन्द्र की स्थिति कुछ और ही है।

उपस्वास्थ्य की सेवाएं-ग्राम सातउमरी मे स्थित उपस्वास्थ्य केन्द्र पर कार्यरत एएनएम लाड़की बाई वास्केल एवं बहु उद्देश्यीय स्वास्थ्य कार्यकर्ता शोभाराम मण्डलोई हैं। परन्तु सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र गंधवानी मे स्टाफ की कमी के कारण शोभाराम मण्डलोई को सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र गंधवानी मे अटैच किया गया है इसी के चलते ए एन एम लाड़की बाई ही उपस्वास्थ्य केन्द्र पर कार्यभार संभाल रही हैं। उन पर काम का दबाव अधिक है, अतः वे सिर्फ माह के प्रथम मंगलवार को टीकाकरण का कार्य करती हैं और उसी दिन स्वास्थ्य की जानकारी देती हैं। साथ ही अगर कोई बुखार दस्त की शिकायत वाला मरीज आता है तो उसे दवा गोली एवं इलेक्ट्राल के पाउच देती हैं। उपस्वास्थ केन्द्र पर रह कर प्राथमिक उपचार एवं आकस्मिक सेवाएं देने के लिए लाड़कीबाई उपलब्ध नहीं हैं। लाड़कीबाई गंधवानी से अपने क्षेत्र में जाकर कार्य करती हैं। उपस्वास्थ केन्द्र की स्थिति बाहर से तो अच्छी दिखती है, परन्तु अन्दर से खराब है। दरवाजे व खिड़किया टूटी हुई हैं। साफ सफाई नही है और शौचालय खराब है। पीने के पानी की समस्या है एवं बिजली की समस्या भी है। उपस्वास्थ्य केन्द्र के रखरखाव के लिए 10000 हर साल आते हैं। एएनएम ने बताया कि 5000 रु पुताई, फोटो कापी, रजिस्टर एवं रिपेरिंग पर खर्च किया एवं 5000 रु. खाते में जमा हैं ।

गांव मे लोग शराब का सेवन अधिक मात्रा मे करते है जिसके चलते आये दिन झगड़े होते रहते हैं। इस कारण से एएनएम उपस्वास्थ्य केन्द्र पर नहीं रहती हैं। इसके चलते ग्रामीण लोग साधारण बुखार, टायफाइट, उल्टी दस्त, पेट दर्द में अपना उपचार गंधवानी प्रायवेट अस्पताल में करवाते हैं। ज्यादा तबीयत खराब होने पर ही सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र गंधवानी ले जातें है। वर्ष 2012 मे आलम पिता जयराम 26 वर्ष ने परिवार मे झगड़ा होने के कारण जहरीली दवा पी ली थी, जिसे उपचार के लिऐ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र गंधवानी ले गये। परन्तु मरीज की हालत ज्यादा खराब होने के कारण उसे तुरन्त बड़वानी रेफर किया गया। रास्ते में ही उसकी मृत्यु हो गई। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र गंधवानी में डाक्टरों की कमी है यहॉ मात्र दो ही डाक्टर हैं जो कि पूरे गंधवानी ब्लाक की 66 पंचायत के 150 गांवों को स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध करा रहे हैं। यहां शिशु रोग, स्त्री रोग विशेषज्ञ, ऑखों के विशेषज्ञ, हड्डी रोग विशेषज्ञ नहीं हैं। साथ ही विशेष संसाधन भी उपलब्ध नहीं हैं। इन कमियों के कारण यहॉ के लोग परेशान है और उपचार के लिये लोगो को धार बड़वानी जाना पडता है। गरीब परिवार होने के चलते लोग अपने परिवारों का सही प्रकार से उपचार नही करवा पाते और व्यक्ति की मृत्यु हो जाती है।

शिशु रोग, स्त्री रोग वियोषज्ञ, ऑखों के विशेषज्ञ, हड्डी रोग विशेषज्ञ नहीं हैं। साथ ही विशेष संसाधन भी उपत्बध नहीं हैं। इन कमियों के कारण यहॉ के लोग परेशान है और उपचार के लिये लोगों को धार बड़वानी जाना पडता है। गरीब परिवार होने के चलते लोग अपने परिवारों का सही प्रकार से उपचार नही करवा पाते और व्यक्ति की मृत्यु हो जाती है।

गांव के लोगों का कहना है कि गांव मे अस्पताल है गंधवानी में है पर हमको इलाज न मिलरीया टाईम पर गोली दवा न मिलरीया सही ढंग से इलाज न करते। गांव की अस्पताल में नर्स महिना मे एक बार आवो। सरकारी में जाने से प्रायवेट मे जानु अच्छा पड़ी। बुखार वाला के दवा गोली इलाज के लिये अस्पताल बनाई पर यहा कई भी न मिलीरयो।

सातउमरी की कहानी से साफ जाहिर होता है कि गांव में उपस्वास्थ्य केन्द्र की सेवायें लोगों को नहीं मिल पा रही हैं। स्वास्थ्य कार्यकर्ता का गांव के लोगों के साथ जुड़ाव नहीं है, जिसकी वजह से गांव के लोगों का सहयोग भी स्वास्थ्य कार्यकर्ता को नहीं मिलता है। उपस्वास्थ्य केन्द्र को मिलने वाली राशि का उपयोग केन्द्र की हालत को सुधारने के लिए नहीं किया गया, जबकि हर साल 10000 के व्यय से उपस्वास्थ्य केन्द्र की हालत सुधारने के साथ ही एएनएम के लिए रहने योग्य व्यवस्था की जा सकती है। अध्ययनित अन्य उपस्वास्थ्य केन्द्रों की भी कमोवेश ऐसी ही स्थिति है। 14 में से केवल 5 उपस्वास्थ्य केन्द्रों में ही एएनएम या एमपीडब्ल्यू निवास करते हैं और गांव के लोगों के लिए नियमित स्वास्थ्य सेवायें उपलब्ध कराते हैं।

8 स्वास्थ्य सेवाओं की सामुदायिक निगरानी

स्वास्थ्य सेवा तंत्र के सामुदायिकरण की बात तो राष्ट्रीय स्तर पर कही जा रही है। पर स्वास्थ्य सेवाओं में समुदाय की भागीदारी अभी भी कोसों दूर है। लोगों को स्वास्थ्य सेवाओं, स्वास्थ्य सेवा प्रदाता, उनके काम, स्वास्थ्य संस्थाओं में उपलब्ध सेवाओं, दवाओं की उपलब्धता आदि के बारे में जानकारी नहीं है।

स्वास्थ्य सेवाओं की स्थानीय स्तर पर देखरेख एवं लोगों की भागीदारी बढ़ाने के लिए ग्रामसभा स्तर पर ग्रामसभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिति का गठन किया गया है। इस समिति को गांव स्तरीय स्वास्थ्य सेवाओं की देखरेख करने और गांव स्तर पर स्वास्थ्य से जुड़े कामों की योजना बनाने की भूमिका बनायी गयी है। समिति को गांव की स्वास्थ्य योजना को पूरा कराने के लिए रू 10000 की वार्षिक राशि भी दी जाती है। गांव स्तर पर यह समिति अभी सक्रिय नहीं है। गांव के लोगों को इन समितियों के गठन और उनकी भूमिका के बारे में ठीक से पता नहीं है। अध्ययनित जिलों के 16.5 प्रतिशत लोगों को पता है कि गांव में स्वास्थ्य समिति बनी है। केवल 5.4 प्रतिशत लोगों को ही समिति सदस्यों की संख्या के बारे में पता है।

> धार जिले के सातउमरी गांव में ग्राम सभा ग्राम तदर्थ समिति बनी है परन्तु समुदाय को इस के बारे में जानकारी नहीं है। समिति में 8 सदस्य हैं और पंच भूरीबाई अध्यक्ष व विंध्या अचाले आशा कार्यकर्ता हैं। समिति के खाते में हर साल दस हजार रुपये दो किस्तो में देते हैं। इस साल 5000 ही मिले हैं। इस राशि का उपयोग आंगनवाड़ी की रंगाई पुताई व लेखन आदि में किया गया है।
>
> डिंडौरी जिले के खारडी गांव में भी गांव के लोगों को ग्रामसभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिति के बारे में पता नहीं है।

ग्राम स्वास्थ्य समिति के सक्रिय नहीं होने के कारण गांव स्तर पर स्वास्थ्य योजनाओं की देखरेख एवं निगरानी व्यवस्था कमजोर दिखायी दे रही है। समिति के कामकाज एवं उसके खर्चों पर आशा एवं समिति के अध्यक्ष का ही नियंत्रण हो गया है। गांव के स्वास्थ्य की योजना भी नहीं बन पा रही है और न ही समिति को प्राप्त राशि लोगों के स्वास्थ्य से जुड़े मुद्दों पर व्यय हो पा रही है। स्वास्थ्य के मसले पर ग्रामसभा एवं पंचायत में किसी तरह की बातचीत नहीं होती। स्वास्थ्य जैसे अहम मसले पर ग्राम पंचायतों की कोई भूमिका नहीं दिखायी देती। मध्यप्रदेश पंचायतराज एवं ग्रामस्वराज अधिनियम के तहत ग्राम पंचायत स्तर पर भी शिक्षा, स्वास्थ्य तथा समाज कल्याण समिति गठित की गयी है पर इस समिति की सक्रियता भी दिखायी नहीं देती।

9 अध्ययन के प्रमुख निष्कर्ष

मध्यप्रदेश में मां और बच्चों की सेहत की हालत सबसे अधिक खराब है। खासकर ग्रामीण और दूरदराज के आदिवासी इलाकों में स्थिति ज्यादा चिंताजनक है। इस स्थिति को बदलने के लिए स्वास्थ्य सेवाओं की ज्यादा पुख्ता और मजबूत व्यवस्था ग्रामीणं और दूरदराज के क्षेत्रों में होनी चाहिए। वर्तमान स्वास्थ्य सेवाओं पर नजर डालें तो स्थिति इसके विपरीत दिखायी देती है। आदिवासी इलाकों में सबसे अधिक डाक्टरों, विशेषज्ञों, सर्जन, पैरा मेडिकल स्टाफ की कमी है। इन क्षेत्रों में डाक्टर जाने से कतराते हैं। इन्हीं सब परिस्थितियों को ध्यान में रखते हुए मध्य प्रदेश लोक संघर्ष साझा मंच द्वारा मध्यप्रदेश में बच्चों एवं माताओं के लिए उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं के स्तर को समझने के लिए अध्ययन किया गया।

यह अध्ययन मध्यप्रदेश के 9 जिलों धार, इंदौर, श्योपुर, ग्वालियर, दमोह, सतना, रीवा, डिंडौरी, मंडला में किया गया। अध्ययन के तहत इन जिलों से 5 गांवों व शहरी बस्तियों से उपस्वास्थ्य केन्द्रों, स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच, जननी सुरक्षा की स्थिति पर लोगों से गहन साक्षात्कार एवं केस स्टडी के द्वारा जानकारी एकत्र की गयी। एकत्र की गयी जानकारी के विश्लेषण से जो मुख्य निष्कर्ष सामने आये वे निम्न हैं –

मध्यप्रदेश में स्वास्थ्य का स्तर एवं स्वास्थ्य सेवायें – सरकारी आंकड़ों से निकले निष्कर्ष

- मध्यप्रदेश की स्वास्थ्य सेवा प्रणाली के तहत सभी स्तर की स्वास्थ्य संस्थाओं पर जनसंख्या का दबाव अधिक है जिससे बच्चों व माताओं की स्वास्थ्य देखभाल और रक्षा प्रभावित हो रही है। उप स्वास्थ्य केन्द्रों पर 5924, पीएचसी पर 45248, सीएचसी पर 214786, जिला अस्पतालों पर 1451960 की जनसंख्या का दबाव है जबकि उपस्वास्थ्य केन्द्र 3 से 5 हजार, पीएचसी 20 से 30 हजार, सीएचसी 80 से 120 हजार की सेवा के लिए स्थापित किये जाते हैं।

- स्वास्थ्य सेवाओं में चिकित्सकों एवं विशेषज्ञों की भूमिका बहुत अहम होती है। पूरे प्रदेश में चिकित्सकों की कमी है। जिला अस्पतालों में 45 प्रतिशत, सीएचसी में 25, पीएचसी में 34 प्रतिशत चिकित्सकों की कमी है। जिला अस्पतालों में 55 प्रतिशत, सीएचसी में 69 प्रतिशत स्त्री रोग विशेषज्ञों की कमी है। जिला अस्पतालों में 48 प्रतिशत, सीएचसी में 58 प्रतिशत बाल रोग विशेषज्ञों की कमी है। प्रदेश में 98 उपस्वास्थ्य केन्द्र बिना एएनएम के, 188 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र बिना डाक्टर के हैं। कोई भी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र ऐसा नहीं है जहां 4 विशेषज्ञ डाक्टर पदस्थ हों।

- चिकित्सकों के साथ सहयोगी स्टाफ की भूमिका भी अत्यंत महत्वपूर्ण है। मध्यप्रदेश में पैरामेडिकल स्टाफ की भारी कमी है। जिला अस्पतालों में 60, सिविल अस्पतालों में 51, सीएचसी में 30, पीएचसी में 19, उपस्वास्थ्य केन्द्रों में 5 प्रतिशत नर्सों/एएनएम की कमी है।

- मध्यप्रदेश में जिला एवं ग्रामीण इलाकों में 32980 जनसंख्या पर 1 चिकित्सक, 183165 की जनसंख्या पर 1 स्त्री रोग विशेषज्ञ, 253806 जनसंख्या पर एक 1 बाल रोग विशेषज्ञ हैं।

- राज्य के कुल बजट में स्वास्थ्य का प्रतिशत 4 है जो कि राज्य की स्वास्थ्य जरूरतों के हिसाब से अपर्याप्त है।

- मध्यप्रदेश में राष्ट्र की तुलना में मातृ और शिशु मृत्यु दर अधिक बनी हुई है। वर्तमान में मातृ मृत्यु दर 310 एवं शिशु मृत्यु दर 59 है। पिछले कुछ सालों में मातृ एवं शिशु मृत्यु दर में गिरावट दर्ज की गयी है पर अभी भी यह भारतीय

- औसत से पीछे एवं अन्य राज्यों की तुलना में अधिक है।

- उपस्वास्थ्य केन्द्रों में ढांचागत सुविधाओं, स्टाफ, दवाओं आदि की कमी है। यह केन्द्र लोगों को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने में सक्षम नहीं हैं। प्रदेश में कोई भी उपस्वास्थ्य केन्द्र भारतीय स्वास्थ्य मानकों के अनुरूप नहीं है। 98 उपस्वास्थ्य केन्द्र में एएनएम नहीं है जबकि 3739 उपस्वास्थ्य केन्द्रों में ही एएनएम निवास करती हैं।

- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के स्तर पर चिकित्सक, पैरामेडिकल स्टाफ की कमी है जिसके कारण यह स्वास्थ्य संस्था प्राथमिक और बुनियादी स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने में सक्षम नहीं बन पा रही है। प्रदेश के प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 1156 के स्थान पर 814 चिकित्सक कार्यरत है इसका मतलब है कि 342 यानि 30 प्रतिशत चिकित्सकों की कमी है। साथ ही प्रदेश में 1626 स्वास्थ्य सहायकों की कमी है।

- सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में भी चिकित्सकों एवं पैरामेडिकल स्टाफ की कमी है। 333 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में कुल 73 स्त्री एवं प्रसूति रोग विशेषज्ञ हैं इसका मतलब है कि प्रदेश में 260 यानी 78 प्रतिशत स्त्री एवं प्रसूति रोग विशेषज्ञ की कमी है। इसी तरह से प्रदेश में कुल 67 शिशु रोग विशेषज्ञ ही कार्यरत हैं जबकि 266 यानि 80 प्रतिशत शिशु रोग विशेषज्ञ के पद खाली हैं। इन केन्द्रों में कुल 1332 स्वीकृत विशेषज्ञों के स्थान पर कुल 227 विशेषज्ञ ही कार्यरत है जबकि 1105 यानि 83 प्रतिशत की कमी है।

- प्राथमिक एवं सामुदायिक दोनों ही स्वास्थ्य केन्द्रों में फार्मासिस्ट, प्रयोगशाला तकनीशियन, नर्सिंग स्टाफ की कमी है। कुल 1489 के स्थान पर 331 फार्मासिस्ट हैं जबकि 1158 यानि 78 प्रतिशत की कमी है। 1489 के स्थान पर 606 प्रयोगशाला तकनीशियन है जबकि 883 यानि 59 प्रतिशत की कमी है। 3487 के स्थान पर कुल 2467 नर्सिंग स्टाफ है जबकि 1020 यानि 29 प्रतिशत की कमी है।

- जिला अस्पतालों में भी स्टाफ की कमी है। कुल 50 जिलों में सरल हेल्थ स्टेटिस्टिक्स रिपोर्ट मार्च 12 के अनुसार 50 में से 22 मुख्य हैं। 162 चिकित्सा विशेषज्ञों के स्थान पर 88 हैं। 135 सर्जन के स्थान पर 86 पदस्थ हैं। स्त्री एवं प्रसूति रोग विशेषज्ञ 165 के स्थान पर 72 हैं। शिशु रोग विशेषज्ञ 247 के स्थान पर 107 हैं। यानि जिला अस्पतालों में 44 प्रतिशत मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, 54 प्रतिशत चिकित्सा विशेषज्ञ, 64 प्रतिशत सर्जन, 44 प्रतिशत स्त्री एवं प्रसूति रोग विशेषज्ञ, 43 प्रतिशत शिशु रोग विशेषज्ञों की कमी है। जिला अस्पतालों में नर्सिंग स्टाफ 3981 के स्थान पर 1960 हैं यानि 51 प्रतिशत की कमी है। 1556 अस्पताल कर्मियों (ओपी, वार्ड, ओटी एवं ब्लड बैंक) के स्थान पर 937 हैं जबकि 619 यानि 40 प्रतिशत की कमी है।

अध्ययन क्षेत्र की सामाजिक आर्थिक स्थिति

- अध्ययन क्षेत्र में शामिल जिलों के दूरदराज के इलाकों की सामाजिक, आर्थिक और राजनैतिक स्थितियां बेहतर नहीं हैं। साक्षरता का स्तर 48.6 प्रतिशत है। इन परिस्थितियों के कारण माताओं एवं बच्चों की सेहत प्रभावित होती है और इसके नतीजे के तौर पर इन इलाकों में मां और बच्चों की सेहत कमजोर है।

- गरीबी, जातिगत भेदभाव, जेंडर रिश्तों की वजह से मां और बच्चों की सेहत पर खतरे ज्यादा बढ़ जाते हैं और कई मामलों में यह खतरे बच्चों एवं मां की मौत का कारण बनते हैं। स्वास्थ्य सेवाओं में भी इन सामाजिक विभेदों का असर साफ तौर पर दिखायी देता है।

- अध्ययनित जिलों में अधिकांश लोगों के पास आजीविका के मजबूत साधन नहीं हैं। अजीविका के अभाव में लोगों को अपनी सेहत से जुड़े साधनों को जुटाने में दिक्कतें होती हैं। कुल अध्ययनित परिवारों में 57.4 प्रतिशत परिवार मजदूरी पर निर्भर हैं। केवल 22.6 प्रतिशत परिवारो के पास खेती की जमीन है।

अध्ययनित क्षेत्र में रोगग्रस्तता से संबंधित निष्कर्ष

- अध्ययनित जिलों में प्रति हजार की जनसंख्या पर 170 लोगों की रोगग्रस्तता का दबाव है जो कि गंभीर और चिंताजनक स्थिति को दर्शाता है। यह दबाव एक बार के आकलन पर आधारित है। पूरे साल भर के मामलों को एकत्र किया जाये तो स्थिति ज्यादा गंभीर दिखायी दे सकती है। अध्ययनित परिवारों में बुखार, पेट रोग, श्वास से संबंधित रोगों के मामले अधिक पाये गये।
- अध्ययनित क्षेत्र के आदिवासी इलाकों में रोगग्रस्तता का दबाव अधिक है, यहां 172 से 182 प्रति हजार लोग रोगों के शिकार हुए हैं। सबसे अधिक डिंडौरी एवं मंडला में रोगग्रस्तता का दबाव क्रमशः 248 एवं 235 प्रति हजार है।
- रोगग्रस्तता का न केवल दबाव अध्ययन क्षेत्र में अधिक है बल्कि इस दबाव का असर भी लम्बे समय तक बना रहता है। अध्ययनित क्षेत्र में 51.2 प्रतिशत लोग एक माह से अधिक एवं 15.8 प्रतिशत लोग एक साल से भी अधिक समय तक रोगों की पीड़ा भुगत रहे हैं।

स्वास्थ्य सेवाओं तक लोगों की पहुंच

- अध्ययन क्षेत्र में गांव से जिले स्तर तक स्वास्थ्य सेवाओं का ढांचा मौजूद है बावजूद इसके निजी स्वास्थ्य सेवाओं में लोगों का रूझान अधिक है। अध्ययन क्षेत्र में 74 प्रतिशत लोग इलाज के लिए प्रायवेट स्वास्थ्य सेवाओं में जाते हैं जबकि 9.6 प्रतिशत घरेलू एवं परंपरागत उपचार करते हैं। केवल 16.4 प्रतिशत लोग ही शासकीय स्वास्थ्य सेवाओं में पहुंच पा रहे हैं।
- सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं में न जाने का मुख्य कारण उचित देखभाल का अभाव है। अध्ययनित गांवों के 29.4 प्रतिशत लोगों का कहना था कि अस्पताल में ठीक से इलाज नहीं होता जबकि 29 प्रतिशत ने बताया कि अस्पताल दूर है एवं वहां डाक्टर समय पर उपलब्ध नहीं रहते।
- उपस्वास्थ्य केन्द्र लोगों को अपनी सेवायें पूरी तरह से नहीं दे पा रहे हैं। केवल 37 प्रतिशत लोगों ने बताया कि उपस्वास्थ्य केन्द्र नियमित खुलता है। जबकि सिर्फ 17 प्रतिशत ने बताया कि वे उपस्वास्थ्य केन्द्र से जरूरत पड़ने पर दवा गोली प्राप्त करते हैं। इसका मतलब है कि 83 प्रतिशत लोगों को उप स्वास्थ्य केन्द्र से दवा गोली नही मिलती हैं।
- अध्ययनित जिलों में सर्वेक्षित परिवारों में 74 प्रतिशत जनसंख्या स्वास्थ्य सेवाओं के लिए प्रायवेट एवं स्थानीय अप्रशिक्षित डाक्टरों पर निर्भर है। आदिवासी इलाकों में 53 प्रतिशत लोग पारंपरिक इलाज पर निर्भर हैं।
- गर्भवती महिलाओं को स्वास्थ्य शिक्षा एवं पोषण आहार का वितरण हो रहा है और संस्थागत प्रसव में वृद्धि हुई है। अध्ययनित जिलों में 79 प्रतिशत प्रसव संस्थागत हुए हैं। साथ ही जटिल प्रसव के मामलों में भी कमी आयी है, कुल 253 में से केवल एक मामले में जटिलता आयी जबकि अन्य प्रसव साधारण हुए।
- एएनएम की सेवायें गांवों में एक माह या उससे अधिक समय के अंतराल पर ही मिल पा रही है जबकि यह कम से कम 15 दिन के अंतराल पर मिलनी चाहिए। एएनएम द्वारा गर्भावस्था देखभाल एवं टीकाकरण पर ही जोर दिया जा रहा है। 75 प्रतिशत लोगों ने बताया कि एएनएम केवल टीकाकरण करती है। एकीकृत स्वास्थ्य सेवा प्रदाता के रूप में एएनएम की भूमिका नहीं बन पा रही है।
- आशा की भूमिका एक स्वास्थ्य सेवा प्रदाता के रूप में बढ़ी है, आशा के एकीकृत स्वास्थ्य सेवा के बारे में 50 प्रतिशत से अधिक लोगों को जानकारी है। आशा ज्यादा सशक्त स्वास्थ्य सेवा प्रदाता के रूप में उभर सकती है। पर आदिवासी इलाकों में आशा की भूमिका सशक्त एवं प्रभावी नहीं बन पा रही है। मध्यप्रदेश में कुल 52393 आशा कार्यकर्ता काम कर रही हैं जबकि 56941 आशा की जरूरत है।

ग्राम स्वास्थ्य समिति की भूमिका

- अध्ययनित जिलों में प्राप्त जानकारी के अनुसार लोगों को ग्राम स्वास्थ्य समिति के बारे में जानकारी नहीं है। इस समिति के काम, उनके सदस्यों के बारे में लोगों को पता नहीं है।
- समिति की बैठकें नियमित रूप से नहीं होती हैं और समिति को प्राप्त राशि का व्यय आशा एवं समिति अध्यक्ष द्वारा ही किया जाता है, इसमें समिति के अन्य सदस्यों की भागीदारी नहीं है।

सुझाव व अनुशंसा

1. पंचायत, ब्लाक व जिला स्तर पर मां एव बच्चों के जीवन प्रत्याशा एवं स्वास्थ्य से संबंधित डाटाबेस तैयार किया जाये। जो जिले स्तर पर बच्चों की सेहत से जुड़ी सेवाओं के नियोजन, क्रियान्वयन और मूल्यांकन में सहायक हो सके।
2. स्वास्थ्य संस्थाओं की ढांचागत सुविधाओं के अभाव व दिक्कतों को दूर किया जाए। उपस्वास्थ्य केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आवास सुविधाओं सहित पीने के पानी, स्वच्छता, बाउंड्रीवाल, बिजली आदि की व्यवस्था सुनिश्चित की जाए।
3. उपस्वास्थ्य केन्द्रों के रखरखाव के लिए दी जाने वाली राशि की निगरानी को और मजबूत करने की जरूरत है। सोशल आडिट फोरम में उपस्वास्थ्य केन्द्र से जुड़े विषयों को रखा जाना चाहिए।
4. मध्यप्रदेश की जनसंख्या के अनुसार स्वास्थ्य संस्थाएं स्थापित की जाएं ताकि स्वास्थ्य संस्थाओं पर अतिरिक्त जनसंख्या का भार न हो। जिलेवार जनसंख्या के अनुपात में स्वास्थ्य संस्थाओं की स्थापना के लिए योजना बनायी जाना चाहिए।
5. चिकित्सकों एवं विशेषज्ञों के रिक्त पदों को तत्काल भरा जाए।
6. चिकित्सकों की कमी को दूर करने के लिए एमबीबीएस और नर्स/एनएनएम के बीच एक कैडर और बनाया जाना चाहिए जिन्हें कम समय में प्रशिक्षित करके सामान्य स्वास्थ्य समस्याओं के निदान के लिए अधिकृत किया जा सकता है।
7. राज्य के कुल बजट में स्वास्थ्य की विशेष जरूरतों को ध्यान में रखते हुए 4 से बढ़ाकर 8 प्रतिशत करना चाहिए ताकि स्वास्थ्य व्यवस्था के लिए धन की कमी आड़े न आये। साथ ही महिलाओं एवं बच्चों के लिए बजट में ज्यादा प्रावधान होना चाहिए।
8. स्वास्थ्य सेवा से जुड़े कार्मिकों को नेतृत्व व गवर्नेंस की खास प्रशिक्षण की व्यवस्था होनी चाहिए ताकि स्वास्थ्य की जरूरतों के अनुरूप योजना बनाने व निगरानी व्यवस्था को मजबूत बनाने के लिए अच्छी टीम तैयार हो सके।
9. आशा एवं एएनएम की दिक्कतों को दूर करने के लिए राज्य, जिला एवं ब्लाक स्तर पर विशेष प्रकोष्ठ स्थापित किया जाना चाहिए ताकि इनकी दिक्कतों का त्वरित निराकरण हो सके एवं स्थानीय स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं के ढांचे को मजबूती मिल सके।
10. ग्राम स्वास्थ्य समिति का नियमित प्रशिक्षण का तंत्र स्थापित करना चाहिए और आशा को समिति की सक्रियता बढ़ाने के लिए अलग से इंसेंटिव दिया जाना चाहिए जिस तरह अन्य कामों के लिए दिया जाता है। इससे गांव स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं की देखरेख में समुदाय की भागीदारी बढ़ेगी।
11. गांव स्तर पर स्वास्थ्य योजनाओं की सोशल आडिट कराने के लिए प्रोत्साहित किया जाना चाहिए। उपस्वास्थ्य केन्द्र और ग्रामसभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिति को आवंटित राशि के व्यय एवं उसमें पारदर्शिता एवं लोगों की भागीदारी बढ़ाने के लिए सोशल आडिट को अनिवार्य बनाया जाये। इसके लिए राज्य स्तर से सभी पंचायतों, उपस्वास्थ्य केन्द्रों एवं आशा कार्यकर्ता को निर्देश भेजा जाये।

12. स्वास्थ्य सेवाओं को एक अधिकार के रूप में स्थापित करने के लिए कानून बनाने की जरूरत है। इसके लिए स्वयंसेवी संस्थाओं के नेटवर्क को अभियान चलाना चाहिए। इस मुद्दे पर व्यापक बहस एवं संवाद समाज में होना चाहिए।

13. आदिवासी इलाकों दूरदराज और आदिवासी इलाकों में स्थित उपस्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसव सुविधा उपलब्ध करायी जानी चाहिए ताकि जरूरतमंद गर्भवती महिलाओं को अपने गांव के नजदीक ही उचित देखभाल मुहैया करायी जा सके।

14. स्वास्थ्य सेवा तंत्र का निगरानी तंत्र ज्यादा जवाबदेह और पारदर्शी बनाया जाना चाहिए। इस काम के लिए जनसुनवाई जैसे तरीकों को सुनिश्चित किया जाना चाहिए। दवाओं एवं उपकरणों की खरीदी में गुणवत्ता एवं पारदर्शिता को बढ़ाने के कारगर उपाय किये जाने चाहिए।

15. स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को बेहतर एवं नियमित प्रशिक्षण की व्यवस्था की जानी चाहिए एवं दूरस्थ क्षेत्रों में सेवा देने के लिए विशेष प्रोत्साहन दिया जाना चाहिए। आशा कार्यकर्ताओं को दवा वितरण हेतु ज्यादा सुव्यवस्थित प्रशिक्षण दिया जाना चाहिए।

16. उपस्वास्थ्य केन्द्रों में नियमित परामर्श एवं जांच के लिए दैनिक खुलने का समय निर्धारित किया जाना चाहिए एवं यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि हर रोज 2 से 4 घंटे उपस्वास्थ्य केन्द्र खुले एवं स्वास्थ्य सेवाएं लोगों के लिए उपलब्ध हों।

■ अस्पताल के गेट पर हो रहे प्रसव ■ समय पर नहीं मिलती एंबुलेंस

कहां है जननी एक्सप्रेस?

• दिलीप पाल

कितने वाहन

क्या काम

108 एंबुलेंस भी अटैच

रेफर की स्थिति बदतर

इनका कहना

समय पर क्यों उपलब्ध नहीं रहती एंबुलेंस

यह योजना का प्रारूप

संदर्भ ग्रंथ सूची

1. रिपोर्ट – रूरल हेल्थ स्टेटिस्टिक्स, लोकस्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग मध्यप्रदेश मार्च 2012
2. दुनिया में बच्चों की स्थिति रिपोर्ट, यूनिसेफ 2007
3. एनआरएचएम रिपोर्ट, नई दिल्ली 2004–2009
4. बेबसाइट, मध्यप्रदेश शासन – लोकस्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग मध्यप्रदेश 2012
5. भारतीय जनगणना 2001

महत्वपूर्ण जानकारी

मध्यप्रदेश लोक संघर्ष साझा मंच में सहभागी संस्था / संगठन

समाज चेतना अधिकार मंच, जवा, रीवा,

भूमिहीन श्रमिक कृषक अधिकार मंच, जवा, रीवा,

बिरसा मुंडा भू अधिकार मंच, त्योंथर, रीवा,

आदिवासी अधिकार मंच, मझगंवा, सतना,

सहयोग सपोर्ट इन डैवलपमेंट, श्योपुर,

खेडूत मजदूर चेतना संगठन, अलीराजपुर,

आदिवासी दलित मोर्चा, डिंडोरी, मंडला,

विकल्प समाज सेवी संस्था, मंडला,

ग्रामीण विकास समिति, दमोह,

परवरिश संस्था, ग्वालियर,

जन साहस, देवास, विकास संवाद, भोपाल,

दीनबंधु सामाजिक संस्था, इंदौर,

अर्बन एंड रूरल ग्रोथ एकेडमी (ऊर्जा) भोपाल,

टूवर्डस् एक्शन एंड लर्निंग (ताल) गंधवानी, धार,

हिफाजत कोलीशन फॉर चाइल्ड राइट्स, भोपाल,

क्राई (चाइल्ड राइट्स एंड यू), नयी दिल्ली

हमारे बारे में

मध्यप्रदेश लोक संघर्ष साझा मंच बच्चों के अधिकारों के लिए स्वैच्छिक रूप से काम करने वाले जनसंगठनों, संस्थाओं और व्यक्तियों का एक गैर-राजनैतिक गठबंधन है। मंच का मुख्य उद्देश्य बच्चों के अधिकारों में जीवन का अधिकार, सुरक्षा का अधिकार, विकास का अधिकार और सहभागिता के अधिकार की प्रक्रिया में लोगों की सहभागिता बढ़ाना है। इसके लिए व्यापक और स्थाई बदलाव के लिए राजनीति को सकारात्मक रूप से प्रभावित किए बिना शोषण, असमानता, भेदभाव, अन्याय को समाप्त करना सम्भव नही है। मंच समाज के सबसे वंचित बहिष्कृत तबके और उनके बच्चों के हकों के पक्ष में खडा है। मंच मुद्दों पर आधारित राजनैतिक बहस, मीडिया के साथ संवाद, विधायिका, कार्यपालिका, न्यायपालिका में जनपैरवी के माध्यम से बच्चों के पक्षकार के रूप में प्रयासरत है।